

PLAN DE MEJORAMIENTO DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL  
USUARIO ENFOCADO EN LA HUMANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS EN LA  
CLÍNICA SAN FRANCISCO DE LA CIUDAD DE TULUÁ

EDWIN FERNANDO VARELA BOLAÑOS  
SANTIAGO RESTREPO LEDESMA



UNIVERSIDAD DEL VALLE – SEDE TULUÁ  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA ADMINISTRACIÓN  
ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS  
TULUÁ - VALLE DEL CAUCA  
2016

PLAN DE MEJORAMIENTO DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL  
USUARIO ENFOCADO EN LA HUMANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS EN LA  
CLÍNICA SAN FRANCISCO DE LA CIUDAD DE TULUÁ

EDWIN FERNANDO VARELA BOLAÑOS  
SANTIAGO RESTREPO LEDESMA

TRABAJO DE TESIS PARA OPTAR POR EL TITULO DE PROFESIONAL EN  
ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS

DIRECTOR  
JAIME ALBERTO DE LA CRUZ GODOY  
MAGISTER



UNIVERSIDAD DEL VALLE – SEDE TULUÁ  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA ADMINISTRACIÓN  
ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS  
TULUÁ - VALLE DEL CAUCA  
2016

Nota de aceptación:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Firma del presidente del jurado

---

Firma del jurado

---

Firma del jurado

Tuluá, 18 de mayo de 2016.

## CONTENIDO

|                                       | pág.      |
|---------------------------------------|-----------|
| <b>INTRODUCCIÓN.</b>                  | <b>9</b>  |
| <b>1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.</b> | <b>10</b> |
| 1.1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.    | 10        |
| 1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.        | 16        |
| 1.3. JUSTIFICACIÓN.                   | 16        |
| 1.4. OBJETIVOS.                       | 19        |
| 1.4.1. Objetivo general               | 19        |
| 1.4.2. Objetivos específicos          | 19        |
| 1.5. MARCO DE REFERENCIA.             | 19        |
| 1.5.1. Estado del Arte.               | 19        |
| 1.5.2. Marco Teórico.                 | 26        |
| 1.5.2.1. Humanización.                | 26        |
| 1.5.2.2. Servicio.                    | 29        |
| 1.5.2.3. Diagnóstico.                 | 33        |
| 1.5.2.4. Análisis DOFA.               | 35        |
| 1.5.2.5. Análisis de brechas.         | 37        |
| 1.5.2.6. Árbol de problemas.          | 38        |
| 1.5.2.7. Lista de chequeo.            | 41        |
| 1.5.2.8. Benchmarking.                | 41        |

|           |                                                                                  |           |
|-----------|----------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 1.5.2.9.  | Balance Scorecard.                                                               | 46        |
| 1.5.2.10. | Plan de Mejoramiento.                                                            | 48        |
| 1.5.3.    | Marco Legal.                                                                     | 51        |
| 1.5.4.    | Marco conceptual.                                                                | 55        |
| 1.6.      | DISEÑO METODOLÓGICO.                                                             | 60        |
| 1.6.1.    | Tipo de estudio.                                                                 | 60        |
| 1.6.2.    | Área de Estudio.                                                                 | 60        |
| 1.6.3.    | Metodología de estudio.                                                          | 60        |
| 1.6.4.    | Procesamiento de la Información.                                                 | 60        |
| 1.6.4.1.  | Fuentes de información.                                                          | 60        |
| 1.6.4.2.  | Tratamiento de la información.                                                   | 63        |
| <b>2.</b> | <b>DESCRIPCIÓN DE LA EMPRESA.</b>                                                | <b>64</b> |
| 2.1.      | INFRAESTRUCTURA FÍSICA.                                                          | 65        |
| 2.2.      | HISTORIA.                                                                        | 66        |
| 2.3.      | ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL.                                                       | 66        |
| 2.4.      | SERVICIOS PRESTADOS.                                                             | 69        |
| <b>3.</b> | <b>DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO.</b> | <b>74</b> |
| 3.1.      | EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO.                                       | 75        |
| 3.2.      | GESTIÓN DE QUEJAS.                                                               | 77        |

|                                                                                              |            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 3.3. ACTIVIDADES VARIAS.                                                                     | 81         |
| <b>4. DIAGNOSTICO DEL SIAU.</b>                                                              | <b>82</b>  |
| 4.1. LISTA DE CHEQUEO.                                                                       | 82         |
| 4.2. ÁRBOL DE PROBLEMAS.                                                                     | 88         |
| 4.3. BENCHMARKING                                                                            | 89         |
| 4.3.1 Caracterización de las empresas comparables por medio de los factores claves de éxito. | 90         |
| 4.3.2 MPC – Matriz del perfil competitivo.                                                   | 96         |
| 4.4. DOFA                                                                                    | 108        |
| 4.5. ANÁLISIS DE BRECHAS                                                                     | 112        |
| <b>5. FORMULACIÓN DEL PLAN DE MEJORAMIENTO</b>                                               | <b>122</b> |
| <b>6. CONCLUSIONES</b>                                                                       | <b>132</b> |
| <b>7. RECOMENDACIONES</b>                                                                    | <b>134</b> |
| <b>8. BIBLIOGRAFÍA</b>                                                                       | <b>135</b> |

#### LISTAS ESPECIALES

|                                                                                                                       |      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
|                                                                                                                       | pág. |
| TABLA 1 - Porcentaje de atributos de calidad afectados en las quejas de la Clínica San Francisco durante el año 2015. | 14   |
| TABLA 2 - Total quejas año 2015 por proceso.                                                                          | 14   |
| TABLA 3 - Grado de satisfacción por procesos año 2015.                                                                | 15   |
| TABLA 4 - Lo que hace diferente a los productos de los servicios.                                                     | 32   |
| TABLA 5- Listado de factores clave de éxito.                                                                          | 45   |

|                                                                      |     |
|----------------------------------------------------------------------|-----|
| TABLA 6 – Procesamiento de Información.                              | 61  |
| TABLA 7 – Procesamiento de Información - Teorías.                    | 62  |
| TABLA 8 – Lista de Cheque SIAU.                                      | 82  |
| TABLA 9 – Caracterización – Benchmarking - Factor 1.                 | 90  |
| TABLA 10 – Caracterización – Benchmarking - Factor 2.                | 90  |
| TABLA 11 – Caracterización - Benchmarking - Factor 3.                | 91  |
| TABLA 12 – Caracterización - Benchmarking - Factor 4.                | 91  |
| TABLA 13 – Caracterización - Benchmarking - Factor 5.                | 92  |
| TABLA 14 – Caracterización - Benchmarking - Factor 6.                | 92  |
| TABLA 15 – Caracterización - Benchmarking - Factor 7.                | 93  |
| TABLA 16 – Caracterización - Benchmarking - Factor 8.                | 94  |
| TABLA 17 – Caracterización - Benchmarking - Factor 9.                | 95  |
| TABLA 18 – Caracterización - Benchmarking - Factor 10.               | 95  |
| TABLA 19 – MPC – Factores claves de éxito.                           | 97  |
| TABLA 20 – MPC – Factores claves de éxito – Clínica San Francisco.   | 98  |
| TABLA 21 – MPC – Factores claves de éxito – Hospital San Bernabé.    | 100 |
| TABLA 22 – MPC – Factores claves de éxito – Fundación Valle de Lili. | 102 |
| TABLA 23 – MPC – Factores claves de éxito – Clínica María Ángel.     | 103 |
| TABLA 24 – MPC Valor – Factores claves de éxito – Unificado.         | 105 |
| TABLA 25 – MPC Valor Sopesado – Factores claves de éxito.            | 106 |
| TABLA 26 – Análisis De Brechas.                                      | 112 |
| TABLA 27 – BSC – Plan de Mejoramiento.                               | 123 |

## LISTAS DE FIGURAS

|                                                                                                                 | pág. |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| FIGURA 1. - Comparativo de atributos de calidad en la atención afectados en 2010, 2011, y 2012.                 | 12   |
| FIGURA 2. - Total atributos afectados de calidad del año 2015.                                                  | 13   |
| FIGURA 3 - Aspectos prioritarios del Programa de Auditoria para el Mejoramiento Continuo de la Calidad (PAMEC). | 18   |
| FIGURA 4 – Triangulo del servicio.                                                                              | 30   |
| FIGURA 5 - Organigrama general Clínica San Francisco S.A.                                                       | 67   |
| FIGURA 6 – Mapa de Procesos Clínica San Francisco S.A.                                                          | 68   |
| FIGURA 7 – Organigrama SIAU.                                                                                    | 75   |
| FIGURA 8 – Árbol de problemas.                                                                                  | 88   |
| FIGURA 9 – Árbol de objetivos.                                                                                  | 89   |
| FIGURA 10 – Radar de Comparación - Valor del MPC.                                                               | 98   |
| FIGURA 11 – Radar de Comparación - Valor Sopesado del MPC – Clínica San Francisco.                              | 99   |
| FIGURA 12 – Radar de Comparación - Valor del MPC.                                                               | 100  |
| FIGURA 13 – Radar de Comparación - Valor Sopesado del MPC – Hospital San Bernabé.                               | 101  |
| FIGURA 14 – Radar de Comparación - Valor del MPC.                                                               | 102  |
| FIGURA 15 – Radar de Comparación - Valor Sopesado del MPC – Fundación Valle De Lili.                            | 103  |
| FIGURA 16 – Radar de Comparación - Valor del MPC.                                                               | 104  |
| FIGURA 17 – Radar de Comparación - Valor Sopesado del MPC – Clínica María Ángel.                                | 105  |
| FIGURA 18 – Radar de Comparación - Valor del MPC Unificado.                                                     | 106  |
| FIGURA 19 – Radar de Comparación - Valor Sopesado del MPC Unificado.                                            | 107  |

## LISTAS DE ANEXOS

ANEXO 1 - Procedimiento: Gestión de Quejas (PR-SIAU-001).

ANEXO 2 - Procedimiento: Producto No Conforme (PR-SGC-005).

ANEXO 3 - Guía: Determinación de tamaños de muestra para medición de la satisfacción de usuarios (GU-SIAU-002).

ANEXO 4 - Evaluación de la satisfacción del usuario (PR-SIAU-002).

ANEXO 5 - Guía de atributos de calidad (GU-SIAU-001). – Anexo 5.

## INTRODUCCIÓN

Los procesos organizacionales son parte fundamental del desempeño de una empresa y es por eso que día a día se deben realizar las mejoras necesarias para que en conjunto, respondan rápidamente a las necesidades de sus clientes. La Clínica San Francisco, entidad objeto de estudio, trabaja bajo un sistema de Gestión de Calidad (SGC) enfocado al mejoramiento continuo de los procesos, por lo que este proyecto pretende determinar las necesidades del proceso del Sistema de Información Atención al Usuario (SIAU) para hacer frente a la responsabilidad de liderar la Humanización en los servicios de la organización.

La reforma en la salud con la Ley 100 de 1993, sumada a los escandalosos problemas de corrupción, ha llevado a que el sector salud esté inmerso en una gran crisis financiera que se traslada finalmente al usuario. Esto conlleva a innumerables insatisfacciones por los servicios recibidos, malos tratos al personal y condiciones que no aportan a la dignidad de los pacientes. El SIAU es el sistema por el cual los entes gubernamentales y las mismas empresas controlan la información de sus usuarios mediante una atención personalizada de sus inquietudes e insatisfacciones brindando un valor agregado, por lo cual el presente proyecto pretende ajustar los procedimientos ya establecidos, generar herramientas las necesarias con el fin de enfocarlas hacia un proceso de humanización de los servicios, liderazgo asignado desde la Gerencia General. Las herramientas utilizadas para el diagnóstico y análisis del proceso son: Árbol de Problemas, Lista de Chequeo, Matriz DOFA, Análisis de Brechas y *Benchmarking*. Es una investigación de tipo descriptivo y la metodología utilizada es inductiva, describiendo el proceso y aplicando las herramientas diagnosticas necesarias para llegar a una propuesta de mejoramiento.

Este proyecto es de suma importancia para la definición del actuar en un proceso como el que se lidera, la humanización conlleva un poco más del afable en la atención al cual se está acostumbrado pensar y es por esto que es necesario evaluar integralmente el proceso y su proceder, para así minimizar errores y optimizar los recursos con los que se cuenta.

## 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 1.1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Colombia está afrontando una crisis en el sector salud. La gran mayoría de entidades *prestadoras de salud como hospitales y clínicas cuentan con un déficit económico que conlleva al cierre de importantes centro para la comunidad*. “En Medellín, el Hospital Universitario San Vicente no pudo cumplir con el pago de los servicios públicos por el monto de 216 millones de pesos además de la cancelación de cursos académicos destinados a la comunidad médica, en los cuales se invertía entre 500 y 600 millones semestrales” (Villareal Zapata, Echavarria Restrepo, & Carvajal, 2015). Este déficit también ha sido sentido en la entidad objeto de estudio “*Clínica San Francisco*” al no poder cumplir con sus obligaciones; los proveedores deben esperar más tiempo del pactado para la cancelación de cartera, un clima laboral inestable por los incumplimientos a los empleados con la nómina, la falta de dotación y capacitaciones, que finalmente terminan siendo trasladadas al usuario en la prestación del servicio, con empleados despreocupados por brindar un buen servicio con valor agregado, no contar con los elementos completos para la seguridad y la prestación del servicio y finalmente cometiendo falta de capacitación que concluyen en complicación del paciente y un evento adverso.

Otra situación desfavorable es el *incremento de cobertura* del sistema tal como lo refiere el superintendente “existe una tendencia a mayores consultas por habitantes, así como de los medicamentos, mayor conocimiento de derechos, el envejecimiento de la población y aumento del número de afiliados, porque ya son 46 millones. En contraste, no hay más médicos ni camas disponibles” (Muñoz, 2015). Situación que se observa diariamente en la Clínica objeto de estudio, y más aún si lo centramos al servicio de Urgencias, pues es puerta de entrada a los demás servicios de la Clínica como hospitalización, cirugía y apoyos diagnósticos y terapéuticos, de acuerdo a estadísticas internas las consultas en la Clínica han aumentado pasando de aproximadamente 6.000 consultas/mes durante el año 2013, 10.000 consultas/mes en promedio durante el año 2015. Es común encontrarse con los usuarios en los pasillos ubicados en sillas, pues la capacidad instalada es mucho menor, a la demanda que hay por atender.

Otro aspecto a tener en cuenta de la crisis del sector es que la salud no está siendo tomada como Derecho Fundamental del ser humano, es por esto requiere más vigilancia y control de los entes gubernamentales. Muestra de lo anterior es el incremento de tutelas interpuestas por los usuarios que están en el SGSSS (Sistema General de Seguridad Social en Salud) al momento de solicitar un servicio en una IPS o Centro de Atención en Salud, que no solamente son por no recibir el servicio, sino también por la falta de calidad en la atención primaria en estos sitios. Las tutelas aumentan el cobro excesivo al FOSYGA (Fondo de Solidaridad y Garantía), Fondo que aún no se pone al día ni con las EPS ni con las

IPS, lo cual termina siendo un incertidumbre en las finanzas de las entidades e Instituciones del sector, generando los problemas que son vividos actualmente, inoportunidad en el pago de la nómina, y en el pago de la Seguridad Social, incumplimiento en los acuerdos de pago a los proveedores y un sin fin de inconvenientes que genera la iliquidez en una empresa.

A pesar de estos inconvenientes ya mencionados, la competitividad entre las empresas del sector no cede. Los clientes (EPS, ARL, Particulares, Planes complementarios y regímenes especiales), están realizando los convenios con clínicas y hospitales, que al igual que cualquier otro producto o servicio, están ofreciendo un valor agregado en el mercado como son: medicamentos comerciales, integralidad en la atención, Infraestructura adecuada y cómoda, servicio humanizado; entre otros, estos deben ser atractivos para sus afiliados. La Clínica San Francisco está búsqueda constante de ser llamativa para sus usuarios, esto se puede evidenciar con el reconocimiento que tiene en el mercado, el buen nombre de sus especialistas y la tecnología que emplea, sumado a más de 20 años de trayectoria contando con el portafolio más grande de la ciudad.

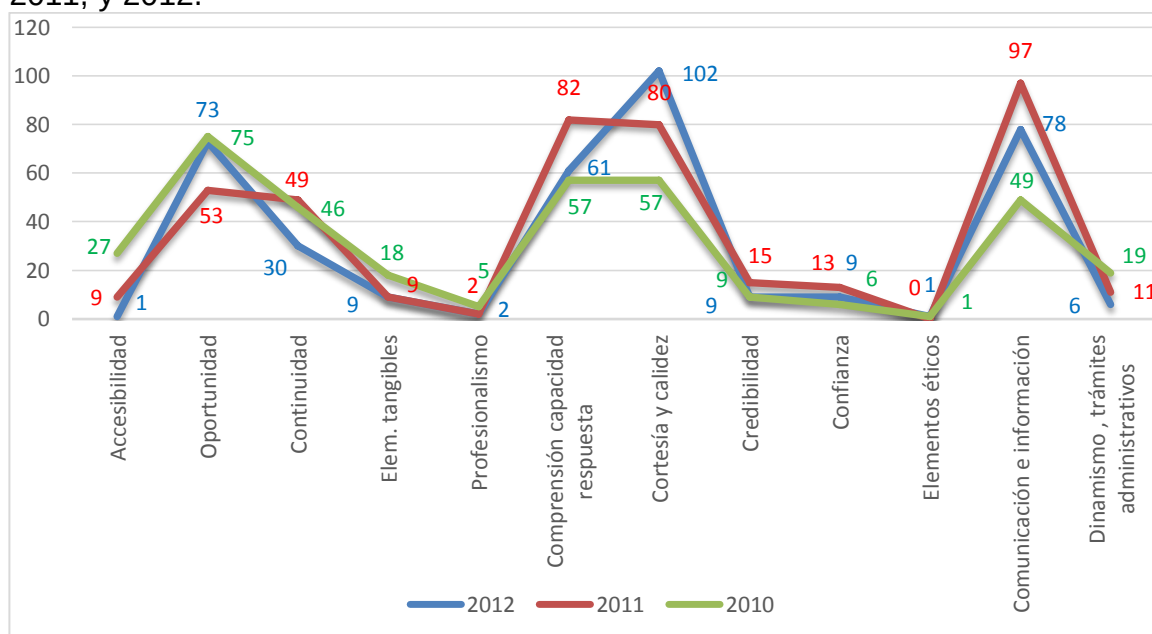
Con una total prestación de servicio de III nivel y algunos servicios de IV nivel como la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal, la Clínica San Francisco es la Institución de mayor nivel en la ciudad de Tuluá, ofreciendo una integralidad en la atención con especialistas y tecnología. No obstante la crisis en el sector ha generado trastornos en la operatividad del servicio. Los grandes esfuerzos por la recuperación de cartera, la iliquidez para cubrir las deudas con proveedores, los retrasos en el pago de la nómina administrativa y asistencial, más de 5 meses en el retraso del pago a especialistas, congestión en los servicios debido a la alta demanda y comparada con capacidad instalada. Estos inconvenientes mencionados finalmente terminan siendo trasladados al usuario, el cual se encuentra con negación de los servicios por convenios, agendas con especialistas a más de 1 mes, largos tiempos de espera, generando una atención deshumanizada.

Dado los inconvenientes que pueden surgir en la prestación de los servicios, el Ministerio de Protección Social genero una herramienta denominada SIAU, (Sistema de Información y Atención al Usuario), con el objetivo de mejorar la prestación de los servicios, tomando como base la información del usuario mediante quejas, reclamos y/o sugerencias, utilizando como recurso sus derechos y deberes. Hace parte del grupo de procesos que tiene como denominador satisfacer necesidades individuales, familiares, sociales y comunitarias, agregando valor a la atención clínica prestada, mediante el control de la información y la atención humanizada al paciente.

Para efectos de cumplir la normatividad, la Clínica San Francisco cuenta con un SIAU que dirige y controla los dos procedimientos que competen por la resolución: la Gestión de Quejas y la Evaluación de la Satisfacción del Usuario. Los datos

históricos relacionados con el procedimiento de Gestión de quejas, donde se consolida y se clasifica la información suministrada por medio de los atributos de calidad de atención, estas se clasifican en las insatisfacciones expresadas por los usuarios de acuerdo a su naturaleza. Con esta información, durante el año 2013 se realizó un análisis de la información recolectada de los años 2010, 2011 y 2012:

Figura 1. Comparativo de atributos de calidad en la atención afectados en 2010, 2011, y 2012.



Fuente. Clínica San Francisco/Informe mensual SIAU a jefes de proceso/consolidado 2010-2011-2012 – Elaboración propia.

La grafica evidenció que los atributos de *Oportunidad* con un total de 201 repeticiones para un 17%, *Comprensión y capacidad de respuesta* con 200 para un 17%, *Comunicación e información* con 224 para un 19% y *Cortesía y calidez* 239 veces con un 20%. Esto quiere decir que de cada 100 personas, 74 se quejan de alguno de estos atributos mencionados.

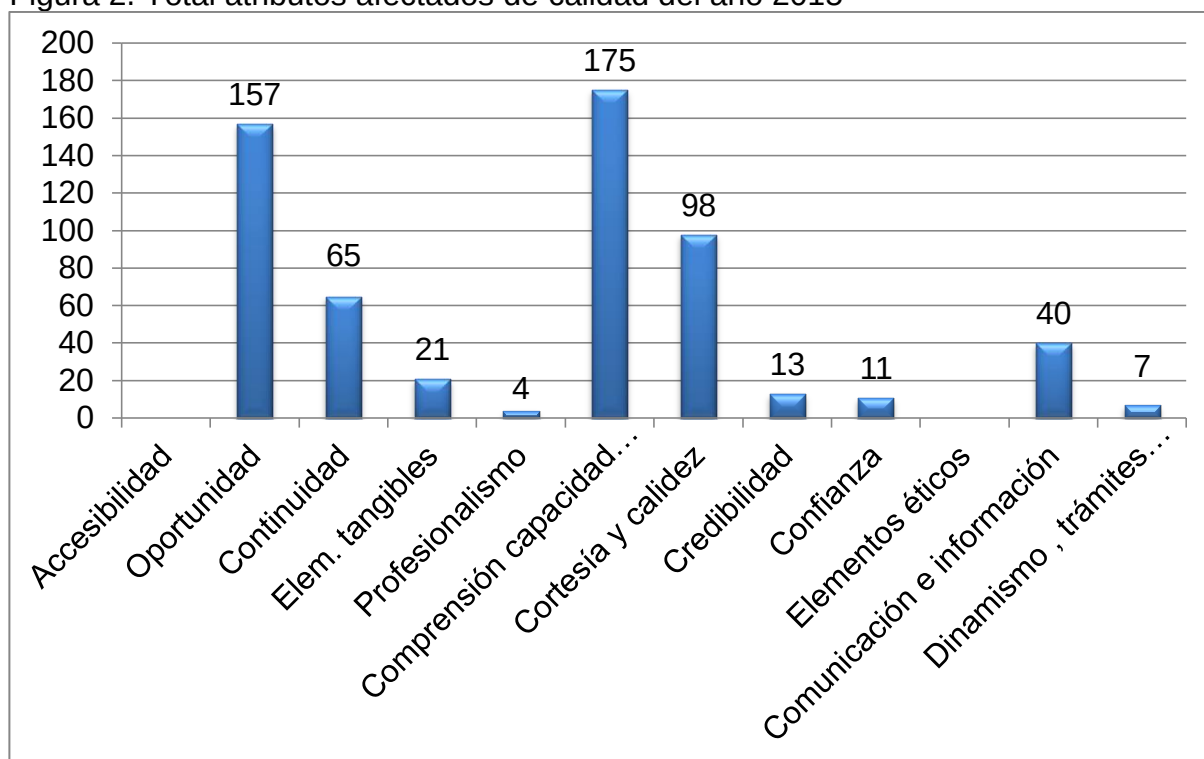
Con los datos obtenidos la Clínica San Francisco emprendió un trabajo para disminuir las cifras. Dentro del análisis realizado en el momento, el atributo de *oportunidad* era un inconveniente de capacidad instalada, en contraste con la exuberante demanda que tenía la institución. Los otros tres ítems se relacionaban con la actitud, motivación y disposición de servicio, lo que motivó a la creación de una “*campaña de humanización*”, en la que se tenía como objetivo sensibilizar al empleado frente a las necesidades del paciente desde un enfoque humanístico.

En sus inicios fue una actividad con buena aceptación por los colaboradores, pero como todo proyecto necesitó de unos recursos para seguir en marcha, recursos que no fueron suministrados por la Gerencia del momento, siendo una de las principales barreras para un despliegue más eficaz de la campaña, una perduración y madurez de las actividades realizadas.

Durante el último trimestre del año 2014, se produjo un cambio en la estructura con la llegada de un nuevo Gerente Financiero, quien se convertiría en el Gerente General meses posteriores. El cambio estructural dio la oportunidad al SIAU de insistir nuevamente en la necesidad de intervenir en los inconvenientes encontrados por medio del análisis de las quejas. Para disminuir las insatisfacciones por comunicación e información y además brindar un valor agregado en los servicios.

Esta estrategia se implementó desde el mes de marzo de 2015 y los resultados obtenidos se muestran a continuación:

Figura 2. Total atributos afectados de calidad del año 2015



Fuente. Clínica San Francisco/Informe mensual SIAU a jefes de proceso/consolidado 2015 – Elaboración propia.

Cabe resaltar la disminución de las insatisfacciones en cuanto a la Comunicación e Información, lo cual evidencia que la estrategia tomada por la Dirección fue eficaz para mitigar uno de los tantos inconvenientes ya identificados. Por otro lado, es preocupante que se sigan teniendo los mismos problemas de años pasados.

Tabla 1. Porcentaje de atributos de calidad afectados en las quejas de la Clínica San Francisco durante el año 2015

| <b>Atributos</b>                     | <b>% de afectación</b> |
|--------------------------------------|------------------------|
| Comprensión y capacidad de respuesta | <b>30%</b>             |
| Oportunidad                          | <b>27%</b>             |
| Cortesía y calidez                   | <b>17%</b>             |
| Continuidad                          | 11%                    |
| Comunicación e información           | 7%                     |
| Otros                                | 9%                     |

Fuente. Matriz de Control y registro de quejas 2015/Atributos de calidad – Elaboración propia.

Otro aspecto importante a analizar dentro de la información suministrada por las quejas es el número de total de quejas generadas en cada uno de los procesos, tal como se detalla a continuación:

Tabla 2. Total quejas año 2015 por proceso

| <b>Proceso</b>                      | <b>Número de quejas</b> |
|-------------------------------------|-------------------------|
| Servicios de Urgencias              | 205                     |
| Apoyos Diagnósticos y Terapéuticos  | 115                     |
| Servicios Hospitalarios             | 114                     |
| Mejoramiento Continuo de la Calidad | 70                      |
| Servicios Quirúrgicos               | 48                      |
| Apoyo a la Prestación del Servicio  | 22                      |
| Ingreso del Paciente                | 20                      |
| Gestión de Infraestructura          | 5                       |
| Gestión Estratégica                 | 5                       |
| Gestión Comercial                   | 1                       |
| <b>TOTAL</b>                        | <b>605</b>              |

Fuente. Matriz de Control y registro de quejas 2015/Número de quejas por proceso – Elaboración propia.

La información que genera el SIAU es relevante, demostrando los inconvenientes en la prestación del servicio por medio de la insatisfacción de los usuarios, como por ejemplo los servicios de Urgencias, con una tercera parte del total de las quejas. El área de urgencias se ha convertido en una de las problemáticas más grandes de la Institución debido a que esta se encuentra inmersa en un universo donde, en materia de salud, se mezclan las perspectivas de humanización, integridad y salud, debido a que es uno de los principales medios para ingresar al servicio de salud de la Institución; ciertamente, esta información es preocupante y más aún cuando por estadística “Sólo el 4 por ciento de los clientes insatisfechos en realidad habla”. (Digby, 2010), por lo cual se podría decir que al año 5.000 personas se sintieron insatisfechas pero no lo expresaron formalmente.

El otro procedimiento que realiza el SIAU es la Evaluación de la Satisfacción del Usuario, este es alimentado a partir de las encuestas que realiza el personal de cada uno de los servicios prestados por la Institución. Durante el año 2015 se obtuvo los siguientes resultados:

Tabla 3. Grado de satisfacción por procesos año 2015

| <b>TODOS LOS SERVICIOS</b>         | <b>ENE</b>  | <b>FEB</b>  | <b>MAR</b>  | <b>ABR</b>  | <b>MAY</b>  | <b>JUN</b>  | <b>JUL</b>  | <b>AGO</b>  | <b>SEP</b>  | <b>OCT</b>  | <b>NOV</b>  | <b>DIC</b>  |
|------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Apoyos Diagnósticos y Terapéuticos | 9,55        | 9,52        | 9,76        | 9,70        | 9,62        | 9,22        | 8,97        | 9,32        | 9,35        | 9,36        | 9,31        | 9,45        |
| Servicios Quirúrgicos              | 8,99        | 9,68        | 9,71        | 9,61        | 9,61        | 9,34        | 9,34        | 9,35        | 9,34        | 9,28        | 9,28        | 9,42        |
| Servicios Hospitalarios            | 9,27        | 9,58        | 9,48        | 9,49        | 9,50        | 9,59        | 9,62        | 9,47        | 9,68        | 9,58        | 9,56        | 9,59        |
| Servicios de Urgencias             | 8,65        | 8,93        | 8,57        | 8,25        | 8,98        | 8,83        | 8,93        | 8,75        | 9,40        | 9,30        | 8,91        | 9,18        |
| <b>Clínica San Francisco</b>       | <b>9,11</b> | <b>9,43</b> | <b>9,38</b> | <b>9,26</b> | <b>9,43</b> | <b>9,25</b> | <b>9,22</b> | <b>9,22</b> | <b>9,44</b> | <b>9,38</b> | <b>9,27</b> | <b>9,41</b> |

Fuente. Clínica San Francisco/Informe mensual SIAU a jefes de proceso/consolidado 2015 – Elaboración propia.

La meta establecida para el indicador es entre 9 y 10. Durante el año 2015 el servicio de Urgencias de la clínica San Francisco tuvo una valoración no tan satisfactoria, incumpliendo con la meta establecida en 9 de los 12 meses del año. No obstante, es importante resaltar que de acuerdo a informes internos del proceso, se han encontrado inconsistencias tales como: encuestas diligenciada por el mismo personal, omisión de preguntas, incumplimiento en los tamaños de muestra, falsedad de la información, entre otros inconvenientes.

En la actualidad podemos observar que el Sistema de Salud en se encuentra en una crisis que como consecuencia ha dejado a un lado la preocupación por las emociones, sentimientos y dignidad del ser humano, la Clínica San Francisco evidencia falencias en la prestación del servicio, un personal asistencial despreocupado por la persona y un usuario desprotegido en cuanto a su seguridad social y su dignidad. Tal como lo afirma el observatorio de salud:

*“Una política de salud en la que predomina la racionalidad económica sobre la protección del derecho, las diferencias entre los planes de beneficio y su inequidad, fallas en el sistema de aseguramiento, problemas relacionados con la prestación del servicio, deficiente desarrollo de políticas de salud pública, corrupción y demás.”*

(Villareal Zapata, Echavarria Restrepo, & Carvajal, 2015).

En el año de 2015, durante el mes de diciembre el Sistema de Información y Atención al Usuario por disposición gerencial, asumió el liderazgo del proceso de humanización en los servicios de salud de la Clínica San Francisco, lo que conlleva a realizar un ajuste tanto en la estructuración del SIAU con la generación de actividades nuevas que apunten al objetivo, como en las herramientas que funcionan actualmente en la operatividad para la recolección y generación de información y así poder hacer una traza a las estrategias implementadas.

## 1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los ajustes que se deben realizar en el proceso del Sistema de Información y Atención al Usuario para llevar a cabo un proceso de humanización en los servicios de la Clínica San Francisco?

## 1.3. JUSTIFICACIÓN

Las organizaciones en general están en la búsqueda constante de satisfacer sus clientes por medio de estrategias empresariales que mediante la optimización de procesos mejoren los resultados de la empresa, como la satisfacción del cliente. Tal como se menciona en el libro Excelencia en el Servicio “Conocer al cliente es la manera de empezar cualquier proceso que tenga como meta satisfacerlo, porque es mucho más rápido y económico consultarlo, que experimentar por el método de prueba y error” (Tigani, 2006).

Haciendo uso de las técnicas adecuadas de recolección de datos se obtiene la capacidad de conocer de primera mano tanto las fortalezas como las falencias que evidencian los usuarios de algún servicio y tema en particular. Si esta recolección de información se parametriza en un proceso, permite realizar una traza de los datos y así determinar las estrategias a implementar que permitan tomar

decisiones acertadas en el quehacer diario de la organización, estas deberán ser estrategias eficaces e impactantes de forma positiva en los hallazgos que se vayan presentando.

Implementar la humanización en la Clínica San Francisco, además de acarrear beneficios que se trasladen directamente al usuario con respecto al trato humanizado y digno, también conllevará a beneficios internos en temas como seguridad del paciente, reconsultas, optimización de los procesos, quejas, entre otros aspectos.

El usuario es el principal actor de la humanización y es que en primera medida se piensa en la necesidad del hombre por su cuidado y su dignidad. La humanización permitirá tener un usuario satisfecho, cumpliendo el objetivo principal de la organización y el SIAU. Esto se logrará mediante un personal más comprometido y pendiente de las necesidades del usuario, donde la comunicación, escucha y empatía son factores fundamentales, además de los recursos físicos que se involucran dentro de la atención. El personal de la institución que implemente los conceptos del tema de humanización, minimizara los errores de índole *técnico*, es decir, procesos que se deben hacer pero son omitidos por desconocimiento del personal; y de índole *asistencial*, que están directamente relacionadas con la atención médica y del personal de la salud, y por último lo *actitudinal*, lo cual es responsable del mayor porcentaje de insatisfacciones percibidas por el usuario.

Brindar un trato digno y agradable al usuario, genera una emoción de gratitud, esto conlleva a que un paciente que perciba en el servicio prestado un beneficio, y más aún en la condición de enfermo que es tan vulnerable para la persona, posiblemente creara una emoción de gratitud con la organización sintiendo que le debe algo por el beneficio recibido, esto supone encontrarse con un usuario un poco más indulgentes con las falencias que se puedan producir. Esto podría traducirse, tal como lo afirmo el Director Jurídico de la Clínica San Francisco en la conferencia brindada al equipo del SIAU de la Institución, Dr. Osorio (2015), es una forma de disminuir los riesgos jurídicos que puedan aparecer por descontentos, errores o insatisfacciones de los usuarios.

La seguridad del paciente es otro tema que entra a tener una importancia dentro de la humanización de los servicios de salud de la Clínica San Francisco. Más de la tercera parte de los eventos adversos pueden ser prevenibles, según estadísticas de la organización de estudio. Por esta razón la generación de una cultura de humanización en los colaboradores, permitirá evitar estos eventos adversos, al tener un colaborador comprometido con el cuidado del paciente y las necesidades que puedan surgir en la atención, estas serán atendidas de manera oportuna mejorando indicadores como este. Además los eventos adversos producen complicaciones en los pacientes, generando una mayor estancia dentro de la institución y por ende una rotación de cama más lenta, congestionando el servicio

y acarreando una cantidad de trámites administrativos como el reporte del evento, reuniones para analizarlo, y respuesta a la EPS del usuario.

La disminución de reconsultas es otro aspecto importante a mencionar, la educación de los usuarios juega un papel muy importante dentro del ámbito hospitalario, la recuperación del paciente en gran medida depende de los cuidados en casa. De esta manera se aumentaría la eficacia de los procesos asistenciales en la Clínica San Francisco, un personal comprometido con el usuario ofrece atención con calidad, confianza y oportunidad, generando una pronta recuperación al paciente en cuanto a su estado de salud. Asegurar el suministro de medicamento dentro de los tiempos, tomar los apoyos diagnósticos necesarios para su continuidad e intervenir dentro de los tiempos las situaciones que tengan lugar, evitara una estancia mayor a la esperada dentro de las instalaciones en cada uno de los servicios.

Todos estos aspectos se convierten en valor agregado del servicio, lo que se traduce a una ventaja competitiva dentro del sector; y este es otro punto a destacar dentro de la implementación de un proceso de humanización. Los clientes de las Clínicas, aprecian en gran medida el tema de humanización y no necesariamente por el buen trato al usuario, sino que aseguran que la organización cumpla con los requisitos de normatividad y cuidado de los pacientes, generando unos menores costes para los clientes por la recuperación de sus pacientes, menos desgaste administrativo y mayor satisfacción con sus afiliados.

Al implementar la humanización de los servicios en la Clínica San Francisco, se mejoran muchos aspectos que son detonadores de insatisfacciones y finalmente generan una queja dentro del servicio. De esta manera se aportará al mejoramiento de la imagen de la Clínica, el interés de los clientes y la fidelización de los usuarios.

Además de esto, el Programa de Auditoria para el Mejoramiento Continuo de la Calidad (PAMEC) de la Clínica San Francisco, el cual es requisito de implementación por normatividad según la resolución 1043 de 2006, plantea dentro de sus aspectos prioritarios a intervenir los siguientes, Los cuales van directamente relacionados con el tema en cuestión.

Figura 3. Aspectos prioritarios del Programa de Auditoria para el Mejoramiento Continuo de la Calidad (PAMEC)



Fuente. Clínica San Francisco/Sistema Gestión de la Calidad/PAMEC 2016

Es de notar que todos los ítems apuntan, a lo que en el sentido holístico, es la humanización. Al culminar este proyecto se pretende generar un plan de mejoramiento, el cual ajustará el Sistema de Información y Atención al Usuario para que pueda llevar a cabo un proceso de humanización en los servicios de la Clínica San Francisco, por medio de propuestas de actividades nuevas, ajustes de los procesos y finalmente una medición del proceso iniciado.

#### 1.4. OBJETIVOS

##### 1.4.1 Objetivo general

- Elaborar un plan de mejoramiento del Sistema de Información y Atención al Usuario para formalizar el proceso de humanización en los servicios de la Clínica San Francisco S.A. de la ciudad de Tuluá en el año 2017.

##### 1.4.2 Objetivos específicos

- Realizar un análisis interno de la Clínica San Francisco S.A. de la ciudad de Tuluá.
- Efectuar un diagnostico interno del Sistema de Información y Atención al Usuario (SIAU) de la Clínica San Francisco haciendo uso de las herramientas adecuadas.
- Diseñar estrategias lideradas por el Sistema de Información y Atención al Usuario (SIAU) orientadas a la humanización de los servicios de salud de la Clínica San Francisco S.A.

## 1.5. MARCO DE REFERENCIA

### 1.5.1. Estado del arte

Recopilación de diferentes trabajos e investigaciones que se relacionan con el tema en desarrollo, identificando los objetivos del estudio, sus metodologías, hallazgos y conclusiones, para así orientar el rumbo de la investigación.

**Título:** Percepción del cuidado humanizado en pacientes que ingresan al servicio de hospitalización de urgencias de ginecoobstetricia de una institución de II y III nivel de atención.

**Autores:** Julie Tatiana González Burgos & Diana Carolina Quintero Martínez

**Universidad:** Pontificia Universidad Javeriana, Facultad De Enfermería

**Año:** 2009, Bogotá

#### Resumen

El presente trabajo de grado se enfoca en la percepción que tienen los pacientes acerca del cuidado humanizado en el servicio de hospitalización de urgencias de ginecoobstetricia. Este estudio fue realizado en el 2008 a una muestra de 30 pacientes del hospital previamente escogidos a los cuales se empleó el teorema del límite central donde se realizaba 50 preguntas de fácil manejo y con resultados de fácil validez. El resultado obtenido fue que el 73% de las mujeres hospitalizadas en el servicio de hospitalización de urgencias de ginecobstetricia de la clínica siempre percibieron el cuidado humanizado por parte del personal de enfermería; un 11% casi siempre lo percibieron; un 12% algunas veces y un 4% nunca percibieron el cuidado humanizado.

#### Problema

La salud es un derecho fundamental del ser humano, es por eso que además de la servicio en salud es de suma importancia el cuidado y la atención integral que entregue un ente prestador de salud el cual proporcione bienestar y satisfacción. En el servicio del sector salud es primordial el trato humanizado. Al analizar la situación de las IPS, se encuentra un hallazgo y es que la tensión y el estrés dentro de estos son muy altos y más en el servicio de urgencias, y es ahí donde el paciente requiere del mayor apoyo brindado por la institución, una atención rápida y de alta calidad, con el fin de dar solución al requerimiento del paciente.

#### Justificación

Uno de los puntos más importantes que tienen en cuenta las IPS es optimizar sus servicios y fortalecer los procesos de calidad, es por ello que hoy día, estas se encaminan a la evolución de sus servicios enfocados a la percepción que tienen los usuarios ante la atención prestada. El evaluar la satisfacción de los pacientes permite tener una conocimiento holístico de las fallas internas como externas del servicio que se está prestando, las necesidades de los usuarios permiten unificar criterios y de esta manera asegurar la calidad de los servicios. La percepción del

cuidado humanizado implica la evaluación continua en búsqueda de la prestación de servicio competente y completo.

La valoración de la percepción del usuario acerca del servicio de salud tiene como fin mejorar el bienestar del paciente, evitando errores y un mejoramiento continuo de los procesos dentro de la institución.

### Objetivos

Describir la percepción del cuidado humanizado en pacientes que ingresan al servicio de hospitalización de urgencias de ginecoobstetricia en el mes de noviembre de 2008.

### Objetivos específicos

- Identificar las características sociodemográficas de la población objeto de estudio.
- Describir los comportamientos del cuidado humanizado según las categorías de análisis.

### Marco Teórico

- Teoría del cuidado humano, Jean Watson.
- Cuidado humanizado, Enfermería Humanística, Paterson & Zderad.
- Experiencias Percibidas, Teoría Humanística Paterson & Zderad
- Enfermería Humanística, Paterson & Zderad
- Servicios de Urgencias
  - Sentimientos del Paciente, Richard S. Lazarus 1991
  - Apoyo Enfermera
  - Apoyo Emocional
  - Apoyo Físico
  - Cualidades del hacer de la enfermera
  - Proactividad
  - Priorizar al ser Cuidado
  - Empatía
  - Sensibilidad a la Atención

### Metodología

Investigación descriptiva transversal.

Universo: Pacientes Clínica Saludcoop Veraguas

Muestra: 30 pacientes

### Conclusiones

Se observó que en la IPS se percibe un buen cuidado humanizado por parte las enfermeras hacia los pacientes, lo que significa que el personal de enfermeras está bien calificado y es apto para brindar una excelente atención.

**Título:** humanización de la atención en salud

**Autores:** Claudia Elena Ceballos Bolívar & Susana Gutiérrez González

**Universidad:** Universidad de Antioquia, Facultad de Medicina

**Año:** 2012, Medellín

## Resumen

El servicio de salud se ha convertido en un negocio, donde el que tiene acceso con facilidad y mejor atención, es quien paga y hasta el cuerpo se ha convertido en instrumento de estudio y de práctica para los profesionales; a lo anterior se suma, que la tecnología nos aleja cada vez más, de la interacción con los pacientes. Por ello el presente trabajo pretende realizar una revisión bibliográfica y un sondeo sobre la opinión que se tiene a cerca de la humanización en la atención de salud, dando como resultado que en las investigaciones que se realizaron se evidencian tres factores comunes: amabilidad, atención personalizada y el respeto.

## Problema

La atención en salud encara múltiples componentes que abarcan a la persona como paciente, en un estado donde la salud no es sinónimo de ausencia de enfermedad y donde dicha atención se desenvuelve en un entorno difícil y agobiante, por la incertidumbre originada en el desconocimiento de la afección que se tenga. ¿Será que alguna vez, el personal de salud ha logrado estar simbólicamente en los zapatos de los pacientes? Si esto fuese afirmativo, estaríamos hablando de una aproximación inicial hacia condiciones favorables para la prestación de un servicio de salud humanizado.

## Justificación

Al momento de hablar de humanizar en salud, puede tomarse un poco obvio, ya que la salud es un derecho fundamental en el cual viene inmersa la humanización de cada persona, sin embargo el tema no es tomado como tal. Aunque se han realizado múltiples esfuerzos por implementar programas que se dirijan a formar un contexto más humano en las instituciones de salud, los resultados han sido limitados en el tiempo, es decir, no se ha logrado de manera definitiva que el personal de salud se apropie verdaderamente del proceso de humanización, quizás por la carencia de líderes que dirijan sus esfuerzos en este sentido.

Es por esto que es necesario escudriñar entre todos los componente del sistema que llamamos salud, esa parte sensible del personal asistencial, de la mano de del profesional mismo, en aras de prestar una atención en salud humanizada

## Objetivos

Realizar una revisión bibliográfica y un sondeo de opinión sobre la humanización de la atención en salud, y crear un nuevo espacio de reflexión, que favorezca la relación entre el personal de salud y el paciente, como una forma de contribuir al mejoramiento de la calidad de la atención en salud.

### Objetivos específicos

- Esclarecer definiciones teóricas entorno al concepto de humanización en la atención en salud.
- Exponer la importancia del sentido de la humanización de la atención en salud.
- Conocer la percepción de la gente del común y de los pacientes de determinadas instituciones, del concepto de humanización de la atención en salud

### Marco teórico

En el presente trabajo se toman temas fundamentales, tales como los siguientes:

- Hombre, salud y enfermedad.
- Humanización
- Atención en salud
- Antropología Médica y Salud.
- Ética Médica

### Conclusiones

- Luego de confrontar las respuestas de ambas instituciones, se evidencian tres factores comunes: amabilidad, atención personalizada y el respeto. Son tres factores con significados parecidos y que denotan un trato y una comunicación entre personas, en este caso, lo aplicamos a un paciente, su familia y el entorno del hospital (el personal de salud).
- Es importante resaltar que absolutamente todo tipo de contacto entre el cliente y la organización, hace parte de la imagen de calidad. Es necesario concientizar a todos los empleados acerca de las oportunidades para crear, reforzar o cambiar la imagen de calidad.
- Podríamos decir entonces que los momentos de verdad son todos esos contactos con el cliente y si analizamos los servicios de salud, estamos hablando de todos los momentos, porque es esto lo que produce una empresa de servicios de salud momentos de verdad, momentos oportunos para ser amables, respetuosos y ofrecer una atención personalizada, que permita la percepción de un trato humanizado por parte de nuestros clientes.

**Título:** Modelo de gerencia de servicio basado en la humanización para el sector salud

**Autores:** Adriana Bermúdez, Alexandra Suescún y Gianna Paola Leonardi

**Universidad:** Universidad de la Sabana

**Año:** 2005, Bogotá

### Resumen

Este trabajo de grado pretendía diseñar un modelo de gerencia de servicio que involucre la humanización como característica fundamental de las instituciones del sector salud. Este trabajo resalta la importancia del contacto del paciente con la IPS, y que en ocasiones este no se trata integralmente, entre otros términos, de manera humanizada. Además pretende mostrar la importancia de la humanización

en el sector salud, basándose en modelos de gerencia tales como los de Davis Hiencke, Waterman y Peters, Horovitz y el de Karl Albrecht.

#### Objetivo general

Diseñar un modelo de gerencia de servicio que involucre la humanización como característica fundamental de las instituciones del sector salud.

#### Objetivos específicos

- Definir humanización en el sector
- Determinar importancia de la humanización del servicio en el sector salud.
- Investigar los diferentes modelos de gerencia que puedan desarrollarse en las organizaciones del sector salud.
- Determinar las características que deben tener un hospital o clínica con un servicio humanizado
- Proponer un modelo de gerencia de servicio que incluya el tema de la humanización para las instituciones de salud
- Definir cuál sería el perfil de las personas que laboran en el sector salud que permite contribuir de forma positiva al modelo propuesto.

El objetivo de este modelo es generar y facilitar una fuente de estrategia de diferenciación para las IPS. Por medio de este modelo las IPS podrán innovar en sus servicios humanizados, de tal manera que logren el planteamiento integrado de políticas y estrategias que incentiven el cambio hacia la excelencia de la prestación del servicio.

El modelo de gerencia propuesto para este trabajo de grado contiene 7 pasos para generar un mejoramiento en los servicios de salud, estos son:

- Entender Cliente Externo
- Evaluación, análisis y diseño del plan de acción.
- Comunicación
- Preocupación, seguimiento y entendimiento del cliente interno
- Preocupación y seguimiento cliente externo
- Manejo y adecuación de procesos y procedimientos
- Retroalimentación.

#### Conclusiones

El diseño del modelo de gerencia de servicio humanizado en el sector salud es de suma importancia al momento de implementar las nuevas políticas de atención al cliente, y más ya que va enfocado a la satisfacción de los pacientes. La humanización hoy día es de suma importancia ya que agiliza y hace amena la recuperación del paciente. Siguiendo este orden de ideas, la humanización incluye calidad y buen servicio, por ello la creación de un modelo para la implementación

de la humanización es la mejor opción si se desea mejor de una manera holística los procesos que se desempeñan en una IPS entorno a la salud de un paciente.

**Título:** Factores que intervienen en el proceso de humanización a los usuarios dentro de los servicios que se prestan en el hospital simón bolívar en el servicio de consulta externa

**Autores:** Adriana Alexandra Hernández & Johana Hernández Téllez

**Universidad:** Corporación Universitaria Minuto de Dios, Facultad de Ciencias Humanas Y Sociales.

**Año:** 2007, Bogotá

### Resumen

El presente trabajo de grado se realizó en el Hospital Simón Bolívar con los usuarios del servicio de consulta externa para conocer las necesidades con respecto a la atención brindada en la institución. Se tomó una muestra de 200 pacientes de Consulta externa del Hospital a quienes se les aplicó una encuesta de 17 ítems. La evaluación de satisfacción tomó en cuenta los reclamos presentados en relación al total de volumen asistencial realizado y los parámetros que miden dicha satisfacción. Finalmente los resultados de este estudio dan como resultado que la satisfacción de la atención prestada depende de una serie de circunstancias de orden cultural, social y económico. Por otra parte, los resultados de insatisfacción estuvieron relacionados con la falta información acerca del padecimiento del paciente y la inadecuada relación interpersonal.

### Justificación

Al tener contacto con la IPS foco del estudio, se observa la falta de humanización en los servicios que este presta, por tanto, se observa la necesidad de ser investigada con el fin de averiguar porque se pierde el sentido humano. El reto se plantea ante las situaciones en ser amable y consecuente con la situación en la que se encuentra el paciente, para poder entenderlo y dar un parte acerca de su apreciación. De esta forma se pretende aportar un conocimiento y mejora en los servicios que presta el área de Consulta Externa de la IPS en estudio.

### Objetivos

Aclarar los diferentes métodos que se tienen en el trato a los usuarios tanto interno como externo para el cumplimiento del compromiso social.

- Observar el manejo y la importancia que se le da al enfermo como ser integral.
- Identificar cual es el sentir del usuario frente al servicio y atención requerida.
- Descubrir en donde radica la insatisfacción del usuario.
- Conocer la dinámica de la institución en torno al tema del trato humano.

### Marco teórico

En el marco teórico se indaga en las siguientes temáticas:

- Concepto de Humanización
- Trato humano
- Dimensiones de la calidad en los servicios de salud.
- Seguridad Social Integral en Colombia.
- Competitividad

Marco metodológico

Tipo: Investigación aplicada de carácter descriptivo

Técnica de recolección: Encuesta

Lugar: Hospital Simón Bolívar

Conclusiones

Los resultados de este estudio dan como resultado que la satisfacción de la atención prestada depende de una serie de circunstancias de orden cultural, social y económico. Por otra parte, los resultados de insatisfacción estuvieron relacionados con la falta información acerca del padecimiento del paciente y la inadecuada relación interpersonal. Igualmente se resalta que todos los datos obtenidos son tomados de encuestas de satisfacción que la institución como, lo es el hospital tomo para el manejo de calidad.

#### 1.5.2. Marco teórico

##### 1.5.2.1. Humanización

“Humanizar: Hacer humano, familiar y afable a alguien o algo.” (Real Academia Española, 2016) Es la definición que brinda la RAE en su diccionario de la lengua española, entonces lo que se traduce en que el “servicio debe ser, además de humano y familiar, *afable*, este último teniendo como “sinónimos: amable, atento, cordial, cortés, afectuoso, tratable, sociable, simpático, tierno, gentil, amistoso” (Edición El País S.L., 2016), por lo tanto se puede decir que humanización es inherente a cualquiera de estos términos, y por lo tanto muy acertado por lo que a el termino se entiende.

No obstante, un doctor cuestiona lo que la gran mayoría de personas, se podría decir, piensa acerca de lo que es humanización.

“Como si humanizar la salud y la asistencia sanitaria, se redujera a cualificar las relaciones personales con un poco más de ternura (que a algunos le parecería “ternurismo blandengue”). Creo que es el momento de reclamar cuestiones más serias relacionadas con la humanización, que reclaman la justicia, la gestión de los recursos sanitarios, el modelo de protección social, la gestión de las listas de espera, el modo como se abordan los problemas éticos, el abordaje de la dimensión psico-socio-espiritual y no solo biologicista

de la persona enferma y un sinnúmero de aspectos tan relevantes para la humanización de la asistencia sanitaria en nuestro país y en el mundo entero”. (Bermejo Higuera J. C., 2013).

Esto lleva a conceptualizar el término de una manera más holística, y es que para la atención asistencial, existe un sinnúmero de barreras, en muchas ocasiones administrativas que conllevan a una deshumanización de los servicios de salud.

Humanizar es un asunto ético, que tiene que ver con los valores que conducen nuestra conducta en el ámbito de la salud. Cuando los valores nos llevan a diseñar políticas, programas, realizar cuidados y velar por las relaciones asociadas con la dignidad de todo ser humano, hablamos de humanización”. (Bermejo Higuera J. C., 2012)

“La Humanización de la asistencia ha de apoyarse en dos pilares fundamentales, uno de ellos está constituido por las adecuadas actitudes de los profesionales sanitarios, y el otro por unas estructuras y una organización que favorezca o al menos no dificulte la actuación humanizada. Humanizarse para Humanizar: Saber, saber hacer y saber ser”. (Sanguillo Antolin, 2006)

Actualmente resulta incongruente hablar de humanización en los servicios de salud cuando no se tiene implementada como política el trato del ser humano como tal y gesto en la necesidad de atención por cierta enfermedad. La humanización no solo debe ser una política sino una prioridad de las instituciones de salud. Para ellos los administradores que se encuentran en cada institución deben enfocarse en la atención centrada en el usuario para garantizar su fidelidad, seguridad y asegurar su confiabilidad y favoritismo ante sus usuarios.

“En general la humanización de la salud apunta al objetivo central de orientar la actuación en el mundo de la salud hacia el servicio de la persona enferma, considerándolo en su globalidad personal y tratando de ofrecerle una asistencia integral con calidez, que responda a las dimensiones psicológica, biológica, social y espiritual” (Bernal, Brusco, & Camilos, 2003). Al analizar el entorno, la deshumanización se observa que no es cuestión absoluta del sector salud, en varios sectores sociales se enfrentan a la problemática relacionada con la pérdida del pensamiento integral para el ser humano. Tal vez, la deshumanización es vista ante la sociedad como punto criticable y fundamental en el caso de los servicios de salud, este es el caso en Colombia.

Siguiendo este orden de ideas, ¿Cómo se podría lograr que los servicios de una institución prestadora de salud mejoren su enfoque y presten una atención humanizada hacia el paciente y su enfermedad? Posiblemente la respuesta está en cada institución al momento de encarar la problemática, sin embargo se han compuesto 7 claves para la humanización en los servicios de salud en base a la experiencia de la Clínica de Occidente de Bogotá con una problemática similar.

Al momento en que la alta gerencia tome la decisión de humanizar los servicios de salud para que se convierta en una política institucional que trascienda lo meramente soñado y se concrete en un plan institucional al cual se le asignen los recursos y el tiempo requerido, dicho plan no puede esperar resultados a corto tiempo dado a que solo las acciones que se mantengan en el tiempo logran generar un cambio cultural que es, en esencia, el que se pretende con un plan de humanización de los servicios de salud, el enfoque debe ser integral con un alcance que logre permear todos los procesos organizacionales.

Para la Dra. María Elvira Adelco, en una publicación de una revista (Aldeco P, 2014), existen 7 claves para humanizar los servicios de salud los cuales se describen a continuación:

***Seguridad del paciente:*** no podemos hablar de servicios humanizados si estos no garantizan la seguridad en todo momento tanto para el paciente como para su familia y el personal de salud. Es por esto que la institución debe trabajar un programa de seguridad que incluya el manejo sistemático y responsable de los riesgos desde su identificación, clasificación, priorización y administración, hasta la generación de barreras de seguridad para disminuir su impacto, y el seguimiento y monitorización del riesgo para la toma de decisiones por parte de la alta dirección.

***Mejoramiento continuo de los procesos:*** sobre todo los que tienen que ver con la atención del usuario, que siempre debe estar orientada hacia las necesidades del paciente y su satisfacción, esto implica el desarrollo del Talento Humano. Se deben buscar procesos seguros y costo efectivo.

***Manejo del dolor:*** Se requiere una oportuna detección y manejo interdisciplinario de los casos que requieren intervención aguda del dolor, independientemente del tipo de atención o servicio que requiera el paciente. Es necesario optimizar los recursos humanos y técnicos disponibles, en busca de una experiencia sanadora y humanizada.

***Calidez:*** la atención, entendida esta como transmitir al paciente y su familia calor humano genuino, generar empatía, tener una actitud diligente y optimista y propiciar un ambiente cálido y agradable. Es quizás en este punto en el cual el trabajo con el talento humano de la organización se vuelve una prioridad desde el proceso de selección, capacitación, entrenamiento y generación de cultura.

***Comunicación asertiva:*** se logra cuando se genera confianza y se establecen canales de comunicación eficaces que permitan escuchar las necesidades, sentimientos, deseos y opiniones del paciente y permitan transmitirle de una manera clara y cálida la información que se requiere de acuerdo a la condición de cada ser humano.

**Información:** se brinda al paciente y su familia, la cual debe ser clara, completa y suficiente para que les permita tomar las decisiones más apropiadas para su manejo y cuidado en salud. El consentimiento informado, es el acto médico de informar al paciente cuales son las alternativas terapéuticas para su enfermedad y las posibles consecuencias de estas, forma parte fundamental de la relación médico paciente, además de ser una obligación legal y ética.

**Fidelización del paciente:** consiste en lograr que los usuarios que han recibido los servicios, se conviertan en un cliente frecuente, logrando una relación estable y duradera. Las estrategias de fidelización son de por sí estrategias de humanización, porque buscan además de hacer sentir bien al paciente, hacerlo partícipe del servicio de salud que está recibiendo.

Por otro lado, las empresas buscan siempre diferenciarse en el mercado y para esto existen diferentes firmas y sellos que acreditan o soportan la calidad con la que trabaja la empresa. Dentro del sector salud, hay unos ejes que acreditan la humanización en salud. Los siguientes son los dados por el ICONTEC. (ICONTEC, 2006)

#### **Ejes de acreditación en salud: humanización de la atención**

- Condiciones de comodidad, privacidad, silencio y dignidad durante la atención
- Humanización en el uso de la tecnología
- Apoyo emocional y espiritual al paciente
- Respeto por creencias, tradiciones y valores del usuario
- Comunicación y dialogo con el paciente
- Escucha amable y respetuosa del usuario respecto a sus inquietudes
- Información y educación al paciente y familia
- Horarios y visitas flexibles
- Manejo del dolor

#### **1.5.2.2. Servicio**

La esencia en las empresas, es el nivel de servicio que se le da al cliente, en los sectores de la economía se considera como un valor adicional en el caso de los productos tangibles o intangibles, es por esto que es de los factores con mayor importancia para las empresas de servicio. Albretch y Zemke hablan sobre el triángulo del servicio el cual lo define como “modelo en el que se observan las relaciones que tiene que existir entre las estrategias del servicio, los servicios y el personal de la institución: todo esto orientado hacia el usuario” (Albretch & Zemke, 2003) Elementos del triángulo de servicio Clientes, Estrategia, Personal, Sistema o proceso.

Figura 4. Triángulo del servicio



Fuente. <http://www.monografias.com/trabajos73/marco-teorico-referencial-metodologia-servperf/image001.jpg>

Cuando se efectúa de manera exitosa los lineamientos planteados con la estrategia del *triángulo del servicio*, que sitúa al cliente, en este caso el usuario en el centro de los tres elementos restantes para así sincronizarlos y que funcionen en pro de la satisfacción de este. La satisfacción también es objetivo del Sistema de Gestión de Calidad de una organización, El servicio y la calidad son dos términos que funcionan de forma conjunta y más cuando se trata de la relación directa que establecen las organizaciones con los clientes. El hablar de servicios en salud, se infiere en todas aquellas prestaciones que brindan asistencia sanitaria. Puede afirmarse que la articulación de estos servicios constituye un sistema de atención orientado al mantenimiento, la restauración y la promoción de la salud de las personas.

En la prestación de un adecuado servicio se necesita orientar a la empresa hacia al cliente, en la búsqueda de la satisfacción de sus expectativas, necesidades, gustos y preferencias. Para ello la empresa debe trazarse estrategias, contar con el personal necesario y cualificado que responda a los intereses organizacionales con un sistema acorde a lo que se pretende alcanzar; en ello tiene gran influencia la estructura organizacional, la cultura empresarial, el ambiente laboral y la filosofía de la dirección - *liderazgo*.

Dentro de la extensa gama de servicios que se prestan en el mundo, de vital importancia para la sociedad, se encuentran los servicios de salud. La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su acta fundacional (7/4/1948) declara como salud: el estado completo de bienestar físico, mental, social y no simplemente la ausencia de enfermedad. Esta define servicio de salud como todo cuidado, servicio, entrenamiento, investigación y otros productos que se traducen en evaluar, valorar, diagnosticar, tratar, dar seguimiento a las condiciones de salud, prevenir enfermedad, así como mantener y mejorar la salud.

Cuando lo que se ofrece a las personas un servicio como el bienestar, la connotación de la calidad del servicio que se presta al cliente que acude para restablecer su estado de salud, requiere de una serie de acciones que tiendan no tan solo a confortarlas, también incluye una serie de transacciones de **emociones y necesidades**, importando mucho la atención del personal administrativo, el tratamiento especializado médico que el usuario requiere, la connotación integral de lo que es servir y tratar a las personas amablemente, con asertividad, rapidez, responsabilidad, oportunidad, higiene, profesionalismo y tecnología adecuada, entre otros elementos a considerarse que conllevan a un solo resultado: **la satisfacción del cliente**, y para ello, “La satisfacción del cliente es la esencia de toda organización, un cliente satisfecho permite el crecimiento y ampliación de los beneficios de la empresa” (Ismael, 2014). La satisfacción de un servicio prestado es el grado de aceptación y calificación que un cliente puede otorgarle a un servicio.

En el libro *Delivering Quality Service*, para medir el nivel de satisfacción con relación a los servicios ofrecidos, sus autores proponen un modelo que posee ocho elementos básicos:

- 1) Dimensiones de calidad del servicio en atributos.
  - 2) Factores de influencia.
  - 3) Servicio esperado.
  - 4) Servicio percibido.
  - 5) Calidad del servicio prestado.
  - 6) Nivel de satisfacción.
  - 7) Nuevas actitudes.
  - 8) Nuevo Comportamiento.
- (Zeithmal, 2004)

De esta manera se puede decir que proveer satisfacción a partir de calidad según la define el Cliente, significa comprender perfectamente las dimensiones de la calidad del servicio.

Rafael Aliena menciona en su libro *Las Esferas de la Calidad*:

“Hay finalmente que referir la importancia que Juran concede a la organización, ya que el grueso de la responsabilidad en el logro de la calidad corresponde a la gestión. La introducción de la calidad ha de efectuarse “desde arriba”, partiendo de los responsables de la gestión, de la dirección de la organización”. (Aliena, 2007)

Esto conlleva a que el estudio en acción, podrá ser utilizado por los directivos de la institución puesto que muestra una realidad que puede ser intervenida y usada como fortaleza desde la perspectiva de satisfacción del cliente.

De este último servicio no se ha hablado pero (Berry, 1989) lo define como “un proceso, una actividad directa o indirecta que no produce un producto físico, es

decir, es una parte inmaterial de la transacción entre el consumidor y el proveedor. Puede entenderse al servicio como el conjunto de prestaciones accesorias de naturaleza cuantitativa o cualitativa que acompaña a la prestación principal.

El autor (A. Parasuman, 1988) clasifica los servicios de acuerdo a sus implicaciones:

Tabla 4. Lo que hace diferente a los productos de los servicios.

| SERVICIOS                        | IMPLICACIONES                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Intangibles                      | Los servicios no pueden inventariarse.<br>Los servicios no pueden patentarse.<br>Los servicios no pueden presentarse ni explicarse fácilmente.<br>Es difícil determinar su precio.                                                                                                              |
| Heterogéneos                     | La entrega del servicio y la satisfacción del cliente dependen de las acciones del empleado.<br>La calidad en el servicio depende de muchos factores incontrolables.<br>No existe la certeza de que el servicio que se proporciona es equiparable con lo que se planeó y promovió originalmente |
| Producción y Consumo Simultáneos | Los clientes participan en la transacción y la afectan.<br>Los clientes se afectan unos a otros.<br>Los empleados afectan el resultado del servicio.<br>La descentralización puede ser fundamental.                                                                                             |
| Perecederos                      | Es difícil producirlos masivamente. Resulta problemático sincronizar la oferta y la demanda de los servicios. Es difícil producirlos masivamente. Resulta problemático sincronizar la oferta y la demanda de los servicios.                                                                     |

Fuente: A. Parasuraman, Valerie A. Zeithaml y Leonard L Berry, "A conceptual Model of Service Quality Its Implications for Future Research" pág. 41- 50

"Los servicios poseen ciertas características que los diferencian de los productos de acuerdo a la forma en que son producidos, consumidos y evaluados. Estas características provocan que los servicios sean más difíciles de evaluar y saber qué es lo que realmente quieren los clientes". (Zeithmal, 2004)

Para hablar de servicio también tenemos que hablar de calidad; Una definición única de calidad resulta difícil, pues posee muchas aristas y en ella inciden muchos factores, se exponen definiciones dadas por varios autores, de las que se obtienen elementos comunes: el objetivo fundamental es la satisfacción del cliente, la cual puede conseguirse mediante el trabajo bien realizado; es adelantarse en la identificación, aceptación y satisfacción de las expectativas de los clientes internos y externos de la organización; es el nivel de excelencia que

una empresa escoge para alcanzar satisfacer a su clientela; es el juicio que el cliente tiene sobre un producto o servicio.

Un servicio de calidad al paciente está basada en la profundización y el estudio de factores sociales, culturales, psicológicos y biológicos reflejados en la atención y servicio brindado al ser humano, de tal manera en que las acciones de salud contribuyan al desarrollo del bienestar social e individual, y sobre todo al mejoramiento de la calidad humana de cada paciente.

Al final la atención integral al paciente tiene como resultado mejorar la calidad de vida y alta satisfacción de los pacientes y su familia con el menor riesgo en la prestación del servicio, el paciente se encuentra satisfecho cuando se cubren sus necesidades en relación con el servicio requerido.

#### 1.5.2.3. Planeación estratégica

Toda organización debe tener definida claramente a dónde desea llegar y que se necesita para lograr sus metas propuestas y sus objetivos, por esta razón, la organización debe visualizar oportunamente todas las áreas que la integran y así determinar sus debilidades y sus fortalezas, es decir, este proceso solo se logra a través de la planeación estratégica, paralelamente, permite visualizar el futuro a la empresa con mayor claridad, teniendo en cuenta que el mercado cada vez está más globalizado imperando la calidad del talento humano comprometido con la participación en las actividades de la organización.

La planeación estratégica es un término que se utiliza desde el siglo XX como una herramienta administrativa para la alta gerencia de las organizaciones; en el año 1944 es introducido en el campo económico y académico por Von Newman, donde lo define como la serie de actos que ejecuta una empresa, cuya ejecución arroja un plan de mejoramiento, siendo este una guía para las nuevas estrategias que tomara la organización hacia el logro de sus metas y objetivos.

Al respecto, Humberto Serna Gómez, en su libro Gerencia Estratégica plantea lo siguiente:

“La planeación estratégica es el proceso mediante el cual quienes toman decisiones en una organización obtienen, procesan y analizan información pertinente, interna y externa con el fin de evaluar la situación presente de la empresa, así como su nivel de competitividad con el propósito de anticipar y decidir sobre el direccionamiento de la institución hacia el futuro.” (Serna, 2008)

En toda organización existe la necesidad de generar planes con el fin de lograr sus objetivos, ésta debe tener en cuenta unas estrategias claras que aseguren la permanencia de la organización en el futuro para que la planeación estratégica más que ser un limitante, en la forma de actuar, nos muestra los factores de riesgo

que incidirán en la organización en el futuro y la clase de futuro que se busca abarcando todos los detalles, sin dejar ninguno al azar.

Por su parte David Fred nos relata lo siguiente "La administración estratégica se define como el arte y la ciencia de formular, implementar y evaluar decisiones multifuncionales que le permitan a una organización lograr sus objetivos." (David F. , 2008), El direccionamiento estratégico puede centrarse desde la coordinación hacia la toma de decisiones, por lo tanto, es un componente del comportamiento humano, es una actividad pertinente y unidad de análisis, para la obtención de metas específicas que hagan viable la empresa. Se sitúa en la evaluación de la misión, visión, valores, políticas, estrategias, factores claves de éxito e índices de gestión. Para lograr el éxito esperado, se deben establecer los criterios para la toma de decisiones y debe suministrar un patrón o base en el cual se evalúen tales decisiones.

La planeación estratégica es de suma importancia, puesto que le permite a la empresa influir en el mercado, minimizando el impacto negativo de las amenazas apoyándose en las fortalezas propiciando un buen ambiente de trabajo que lleve al óptimo funcionamiento de equipo entre los altos mandos y los empleados dándose así una mejor comprensión de las estrategias de la competencia promoviendo un mejor desempeño de los empleados evitando la resistencia al cambio.

#### 1.5.2.4. Diagnostico

En las IPS del territorio colombiano es necesario generar una cultura que se enfoque al análisis y evaluación de su situación actual; cuando se efectúa este proceso se identificaran las verdaderas causas de los problemas, las diferentes alternativas de solución y la escogencia de la más óptima para el problema o situación en la que se encuentren. Según el diccionario de la Real Academia Española, la palabra española diagnostico proviene del griego "diagnosis", que significa "conocimiento". En el mundo de las empresas, cuando se habla de diagnóstico se hace referencia a "aquellas actividades tendientes a conocer el estado actual de una empresa y los obstáculos que impiden obtener los resultados deseados". (Kaplan & Norton, 2000)

Las organizaciones desde su creación están sujetas a cambios estructurales, variaciones en los comportamientos con los seres humanos que hacen parte de ella, las relaciones que tienen entre los mismos. Un diagnóstico efectivo provee un entendimiento sistemático de las necesidades para diseñar una intervención adecuada, que incluye acciones específicas para la resolución de problemas. "El diagnóstico es un proceso de análisis que permite el cambio de una empresa, de un estado de incertidumbre a otro de conocimiento para su adecuada dirección y evaluación". (Valdez Rivera, 1998)

“Es posible clasificar los diagnósticos empresariales en dos grandes tipos: los integrales y los específicos. Los primeros se caracterizan por la visualización de una amplia gama de variables o aspectos empresarios. En tanto, los diagnósticos específicos hacen énfasis en los procesos productivos, financieros, de gestión, y otros en aspectos relativos al mercado y los consumidores”.  
(Romagnoli, 2007)

También encontramos el Diagnóstico Estratégico: “El diagnostico estratégico servirá de marco de referencia para el análisis la situación actual de la compañía tanto internamente como frente a su entorno. Es responder a las preguntas donde estábamos, donde estamos hoy”. (Certo, 2001)

Por su parte, Camman, Lawler y Nadler refieren a la excelencia y eficiencia organizacionales basadas en 3 herramientas que conllevan a un diagnostico efectivo, estos son:

- Herramientas conceptuales: Indican la relevancia de utilizar conceptos, hipótesis y teorías, para la ejecución de estrategias que permitan verificar el funcionamiento, los procesos y resultados de las organizaciones con el fin de encontrar la eficiencia en ellas.
- Técnicas y procesos de medición: Las organizaciones efectivas poseen métodos de medición que ayuda a estar en continua mejora y continuo análisis con el fin de verificar como está funcionando actualmente la organización, para ello se requiere un instrumento que ayude a la recolección de datos para su debido análisis y toma de decisiones para efectuar acciones.
- Tecnología de cambios: Esta última herramienta conecta las anteriores, cuando se obtiene conocimiento basto en el tema y utiliza los instrumentos necesarios para analizarlos, es posible aplicar procesos y acciones específicos para cambiar actividades y obtener mejoras en los resultados de la organización.

(Rodriguez, 2005)

De acuerdo a lo anterior, un diagnostico organizacional puede ser definido como un instrumento de medición de los procesos que se realizan en esta, verificando todos sus aspectos desde la perspectiva sistemática. Al realizar un diagnóstico organizacional se obtienen las siguientes ventajas:

- Puede ser aplicado en un corto tiempo en forma general o especifica de acuerdo con las necesidad de cada empresa, negocio u organización
- Conocer la situación socio-económica actual de la organización con el fin de poder analizarla y realizar acciones correctivas.
- Conocer los procesos que requieren ser priorizados al momento de analizarlos y de esta manera optimizarlos de manera inmediata.
- Obtener datos para estructurar programas de mejoras.

- Capacitar a los colaboradores respecto a nuevas estrategias dentro de la cultura empresarial y su conocimiento en sus fuerzas y debilidades. (Valdez Rivera, 1998)

#### 1.5.2.5. Análisis DOFA

El análisis DOFA (Debilidades, Oportunidades, Fortalezas Y Amenazas) es una de las herramientas más importantes al momento de entender y tomar decisiones en los procesos de una organización, proporcionando información necesaria para la implementación de acciones correctivas y con ellas el cumplimiento de metas. Los encabezados de la matriz proveen un buen marco de referencia para revisar la estrategia, posición y dirección de una empresa, propuesta de negocios o en este caso un proceso.

En el desarrollo del análisis DOFA es importante realizar un estudio profundo de cada una de las variables internas y externas de la organización o proceso, que pueden afectar directamente mediante factores económicos, políticos, sociales y culturales que representan las influencias del ámbito externo incidiendo sobre el interno de la organización de manera positiva o negativa.

La matriz DOFA sirve para analizar la situación competitiva de una organización, es un marco conceptual para un análisis sistemático que facilita el ajuste entre amenazas y oportunidades externas con las debilidades y fortalezas internas de una organización” (Valencia Rodriguez, 2005, pág. 138)

- **OPORTUNIDADES Y AMENAZAS EXTERNAS:** En el análisis externo es importante tener en cuenta que la información que arroja el análisis de esta fuerza, puede ejercer impacto directo en las metas de la organización.
- **FORTALEZAS Y DEBILIDADES INTERNAS:** En el análisis interno se procede a examinar las debilidades y fortalezas de una empresa, cuyo propósito es identificar las debilidades que se requieren manejar y evitar, y las fortalezas que se pueden aprovechar para lograr el futuro deseado.

Este método captura las aprobaciones y compromisos colectivos de aquellos que ultimadamente tienen que hacer el trabajo de alcanzar o sobrepasar los objetivos establecidos. Le permite al líder del equipo definir y desarrollar acciones coordinadas y orientadas a los objetivos generalmente aprobados entre los distintos niveles de la jerarquía de la empresa. Completar la matriz DOFA resulta ser apropiada para talleres y reuniones de tormenta de ideas, también puede ser utilizada para planificación de la empresa, planificación estratégica, evaluación de competidores, marketing, desarrollo de negocios o productos, y reportes de investigación.

Según Gannon, “las amenazas y oportunidades constituyen factores ambientales sobre los cuales la organización tiene poco control, en tanto que las fortalezas y debilidades representan factores organizacionales internos sobre los cuales la dirección superior tiene cierto control”. (Valencia Rodríguez, 2005, págs. 141-142)

Desarrollando el análisis DOFA se pretende identificar los puntos fuertes para adentrarse en un proceso de humanización en los servicios y usarlos a su favor, al igual que atacar y minimizar las debilidades y amenazas que se puedan presentar en el camino. Es importante darle claridad al objeto analizado, puesto que eso ayudara a la generación de ideas más acertadas para la planeación y ejecución de estrategias.

El análisis de matriz DOFA es un instrumento crucial al momento de la selección de estrategias y la investigación de lo que se pretende implementar en la organización, versus la práctica, permitiendo obtener una perspectiva de situación actual de esta.

- **DEBILIDADES:** Son aquellas características o factores propias que desfavorecen a la organización frente a la competencia y que constituyen obstáculos internos al logro de los objetivos.
- **OPORTUNIDADES:** Son aquellas situaciones o factores que se presentan en el entorno de la organización y que resultan ser positivos y favorables, es decir, pueden favorecer el logro de los objetivos organizacionales.
- **FORTALEZAS:** Son aquellas características, recursos y capacidades propias de la organización que ayudan a lograr los objetivos planteados, los lo hacen superior a la competencia.
- **AMENAZAS:** Son aquellas situaciones o factores que se presentan en el entorno de la organización y que la afectan directamente, al punto de obtener resultados negativos en los logros organizacionales.

De acuerdo a estos factores, el análisis DOFA arroja información del entorno de la organización de gran utilidad y que permiten analizar a su vez lo que se tiene a favor y lo que hay que mejorar, así mismo permite realizar las estrategias necesarias para futuros cambios en el entorno y cómo actuar ante ellos.

#### 1.5.2.6. Análisis de brechas

El análisis de brechas es una herramienta que utilizan las organizaciones para determinar dónde puede estar ocurriendo el problema en sus operaciones cuando se trata de lograr objetivos predeterminados. Este análisis puede ser utilizado por

varios procesos, incluyendo el de atención al usuario, mercadotecnia, producción y contabilidad. Si bien, los principios básicos del análisis de brechas persisten, cada área personaliza el proceso con base a sus necesidades específicas.

Las brechas son quiebres o rompimientos que se evidencian entre el funcionamiento actual de las organizaciones y la estructura de los planes formulados, que propenden por el cumplimiento óptimo de las estrategias de negocios de la empresa. Esto quiere decir, que es necesario diagnosticar la situación actual y la situación deseada, para determinar la magnitud del rompimiento, y de esta manera formular los planes de mitigación adecuados.

Las organizaciones deberán utilizar el análisis de brechas para asegurarse de que estén manteniendo su ventaja competitiva en una industria. Las áreas medirán qué tan bien se encuentra el presupuesto para sus operaciones. “Constituye una evaluación de la realidad, es decir, una comparación de la información generada durante la auditoria del desempeño con cualquier otra que se requiera para la ejecución del plan estratégico de la organización. Además dicho análisis exige el desarrollo de estrategias específicas para cerrar cada brecha”. (Goodstein, Nolan, & Pfeiffer, 1998)

Cabe resaltar que en algunas ocasiones de acuerdo al tamaño de la brecha se puede continuar con las estrategias ya implementadas por la organización, ya que a futuro puede alcanzar el objetivo deseado, pero en caso de ser lo contrario, se debe implementar programas y acciones correctivas para lograrlo, incluyendo cambios en las políticas de la organización .

El análisis de brechas tiene dos dimensiones: **impacto y eficiencia**. La primera alude a la magnitud de impacto alcanzable y no logrado por problemas del programa. La segunda mide en términos monetarios los costos evitables en la gestión. El tamaño de las brechas no siempre es mensurable, sería un requisito contar con metas de impacto y una evaluación que dé cuenta del grado de alcance de las mismas; a su vez los incrementos posibles de eficiencia, sólo se podrán determinar estimando las modificaciones resultantes de la implementación.

El resultado esperado del análisis de brechas es un plan estratégico que tenga una probabilidad razonable de éxito. El propósito de este análisis consiste en llevar la evaluación de la realidad actual a los sueños del mañana (Goodstein, Nolan, & Pfeiffer, 1998). Es importante resaltar que el personal, la infraestructura y demás son factores claves, medibles y finitos, motivo por el cual se deben encaminar hacia los objetivos de la organización, y a las propuestas implementadas para cerrar las brechas ya que de esto depende el éxito de la misma.

¿Cómo cerrar una brecha?

Son muchas las formas existentes para realizar este procedimiento y su aplicación depende de la relación entre la organización y su futuro deseado. Hay dos tipos de cierres, “cierre de brechas producto de una orientación hacia el crecimiento” ó “cierre de brechas producto de una orientación hacia el atrincheramiento”.

El cierre de brechas producto de una orientación hacia el crecimiento incluye diversas opciones que permiten cerrarlas, estas son:

- **Expansión Interna:** Este tipo de cierre implica un riesgo bajo, y tiende a generar un crecimiento constante que exige desde el interior una buena cantidad de recursos financieros, tecnológicos y otros.
- **Adquisiciones y Fusiones:** Tienen alto riesgo y son estrategias que aceleran la consecución de las metas de crecimiento, cierran las brechas con rapidez. Sin embargo debe analizarse de manera minuciosa la creación de valor de estas.
- **Alianzas Estratégicas:** Siempre será recurrente la generación de Alianzas Estratégicas de diferente tipo, bien sean de integración hacia adelante o hacia atrás, de expansión o de cualquier clase que propenda por lograr un perfecto equilibrio en las relaciones con competidores, proveedores y clientes. Es por esto que las organizaciones deben ser cada día más abiertas y flexibles para considerar diferentes alternativas.

El cierre de brechas producto de una orientación hacia el atrincheramiento toma medidas mediante a un análisis de la situación del entorno, con el fin de tomar decisiones que finalmente serán convenientes para la organización ya que se pueden encontrar brechas que impliquen cambiar totalmente la situación.

#### 1.5.2.7. Árbol de problemas

El árbol de problemas es una técnica que por medio de lluvia de ideas ayuda a desarrollar estrategias para identificar el problema en el que se encuentra una organización y de esta manera analizar la información recolectada, generando un modelo de relaciones causales que lo expliquen y generen una solución a este.

Esta técnica facilita la identificación y organización de las causas y consecuencias de un problema, por tanto es complementaria, y no sustituye la información de base. El sistema del árbol de problema es el siguiente: el tronco del árbol es el problema central, las raíces son las causas y la copa los efectos. La lógica es que cada problema es consecuencia de los que aparecen debajo de él y, a su vez, es

causante de los que están encima, reflejando la interrelación entre causas y efectos

El árbol de problemas es una herramienta de análisis estratégico y de retroalimentación, esta se usa para identificar los problemas principales que tiene una organización, con sus causas y efectos, permitiendo definir objetivos claros y prácticos, así como también plantear estrategias para poder cumplirlos y generar las soluciones a las falencias evidenciadas.

Existen tres fases en el proceso de análisis:

- 1) Identificar los problemas de la situación existente y colocarlos en el árbol de problemas, incluyendo sus “causas y efectos”.
- 2) Desarrollar el árbol de objetivos, este se implementa por medio de la identificación de los problemas.
- 3) Determinar el alcance del proyecto en el análisis estratégico.

El árbol de problemas, el árbol de objetivos y el análisis estratégico, desarrollan la metodología de los tres pasos que tiene como finalidad identificar los principales problemas, en conjunto con sus causas y efectos. Esto permite a los planificadores de proyectos, definir objetivos claros y prácticos, así como también plantear estrategias para poder cumplirlos.

Análisis del problema: En la primera fase se identifican los aspectos negativos de una situación específica en la organización para así establecer la relación entre las causas y efectos de los problemas identificados. El árbol de problemas, como su nombre lo indica es un árbol, que tiene tres partes: raíces (las raíces son sus causas), tronco (el tronco es el problema principal) y ramas con hojas (las hojas representan sus efectos que causa los problemas

“Para la elaboración del árbol de problemas sería ideal realizar un evento participativo, que incluya a todos los grupos de interés, en donde se empleen técnicas como la lluvia de ideas donde los involucrados (por lo menos 25 invitados a la actividad) pueden indicar los problemas que consideren pertinentes. De todos los problemas encontrados se seleccionará tan solo uno, al cual se le considerará como el “problema principal” (el tronco del árbol). Posteriormente, según la opinión de los participantes se jerarquizan las causas y efectos, de la siguiente manera: problemas que causan directamente el problema central se colocan abajo, mientras que los que son el efecto directo de éste se colocan arriba. Una vez que los problemas han sido colocados, deben conectarse unos con otros por medio de flechas causa efecto, señalando claramente sus vínculos claves”. (Commission European, 2004)

Cuando se realiza el análisis de un árbol de problemas no solo se identifican las raíces de las causas del o los problemas, sino también proporciona un desglose

visual de éste, en donde sus síntomas son claramente visibles así como también sus causas; además el árbol de problemas es un resultado visual, que puede ser entendido por cualquier persona. Este proceso puede ser un método útil para que el personal se entere acerca del problema: como la comunidad y otros contribuyen al problema, y al mismo tiempo como éste puede afectar sus vidas. El uso de este método puede ser un importante paso cuando se intente crear apoyo para cualquier tipo de intervención, como el uso de nuevas técnicas o en la mejora de tecnologías.

**Análisis de objetivos:** La segunda fase es el análisis de objetivos que contiene un enfoque metodológico empleado para describir la situación de la organización a futuro, por medio de posibles escenarios en donde los problemas que fueron una vez identificados han sido solucionados, para esto se representan los medios y fines en un diagrama llamado “árbol de objetivos”. En el árbol de objetivos, las situaciones negativas que fueron expuestas en el árbol de problemas se convierten en soluciones para la organización, estas se expresan como logros positivos. Ahora estos logros positivos ahora son objetivos, que se presentan en la parte central del árbol de objetivos, en donde también se indica la jerarquización de los medios y fines.

En esta fase las situaciones negativas del árbol de problemas tienen que ser reformuladas en situaciones positivas posibles, por tanto es de suma importancia que todos los involucrados en el proceso de discusión proporcionen su retroalimentación. En este proceso se ayudará a considerar prioridades, evaluar que tan posible puede ser cumplir con ciertos objetivos, así como identificar los recursos para lograr los fines deseados. Incluso podría ser necesario reformular ciertos problemas, añadir nuevos problemas o eliminar algunos de estos que no sean relevantes o idóneos. Aparte de esto, con el uso del árbol de objetivos se puede identificar varios objetivos que no pueden ser alcanzados al mismo tiempo, para lo cual se tendrá que elegir y priorizar.

El árbol de objetivos, una vez completado, es un resumen visual completo de la situación deseada a futuro, que incluye medios, objetivos y fines a alcanzar.

**Análisis estratégico:** Por último, en la tercera fase y después de haber sido planteada la situación a futuro, se deben seleccionar las posibles intervenciones con la finalidad de determinar el alcance del proyecto.

Esta fase final es la más difícil y exigente, pues implica la síntesis de una cantidad significativa de información y la toma de decisiones con respecto a la mejor estrategia a seguir de acuerdo al análisis previo realizado en la fase anterior. En la práctica, la estrategia seleccionada debe alcanzar un equilibrio entre los intereses de los diferentes participantes, entre ellos la organización como tal. Sin embargo, antes de que se inicien los trabajos de diseño en detalle, tienen que ser examinadas completamente las ventajas potenciales y las dificultades

relacionadas con la estrategia a escoger, para así realizar su implementación y su debida retroalimentación.

#### 1.5.2.8. Lista de chequeo

La lista de chequeo es una herramienta del emprendimiento física fácil de implementar, tangible y efectiva para el control de procesos que funciona como una lista de factores claves para estudiar e investigar con respecto a la viabilidad de una idea propuesta de negocio. Lo más conveniente es que la lista se origine del plan de seguimiento y medición de los procesos. En esencia el principal beneficio de llevar una lista de chequeo es asegurar el cumplimiento de las actividades o procesos. Sin embargo lo más importante es que se asegure el cumplimiento de los aspectos que afectan la calidad del resultado final del proceso o actividad.

Esta herramienta permite realizar un inventario o verificación de las características de la empresa identificando puntos débiles así como oportunidades de mejora a través de la verificación de un listado de aspectos presentes o no en el área a revisar. Además, al aplicarse en diferentes actividades y áreas de la empresa como en los diferentes eslabones de la cadena del producto, arroja unos resultados generales y completos de manera sencilla.

La aplicación del instrumento requiere de objetividad en el análisis de la organización, ya que las particularidades de las listas permiten el acondicionamiento a las características de la empresa. Para el uso de las listas debe haber una previa lectura y revisión de la información de cada área y proceso que se desea analizar, de ésta manera el chequeo será sencillo y en el recorrido por las instalaciones de la empresa se considerarán todos los puntos objeto de evaluación. Como se analizaran diferentes ámbitos de la organización, este instrumento requiere de tiempo en su aplicación y colaboración de un equipo de trabajo capacitado que contribuya con la requisición de la información y su debido análisis.

#### 1.5.2.9. Benchmarking

El benchmarking es un método para la mejora de prácticas y operaciones empresariales de mejora continua que en la actualidad gana relevancia en el marco organizacional de cambio acelerado al que están expuestas las empresas a diversos niveles. Este método involucra a toda la organización en búsqueda de mejores prácticas existentes en el entorno que se desenvuelva, búsqueda que se enfoca en conocer el problema a tratar y cómo proceder con su desarrollo y solución.

El benchmarking se ha concebido como herramienta para la gestión empresarial, orientada a contribuir al desempeño superior de las empresas en ámbitos específicos, por medio de la comparación de la propia empresa con otra u otras de referencia consideradas como las más competitivas o líderes en dichos ámbitos para identificar las mejores prácticas y responder preguntas tales como: ¿por qué estas empresas tienen tanto éxito? o ¿qué métodos emplean?; a pesar de esta concepción eminentemente empresarial, es posible que estos métodos puedan aplicarse a un nivel macro para contribuir con el desempeño de los países o las regiones en distintos ámbitos, en este caso, las actividades de innovación.

El benchmarking o referenciación es un método de comparación que permite saber cómo está la organización en cuanto a su desempeño versus el de otras de su misma actividad. “Es la aplicación formalizada y más disciplinada de varios pasos básicos para la mejoría operacional y el logro de los resultados” (Betancourt, 2013).

El proceso de benchmarking tiene múltiples definiciones que varían en la forma pero que en el fondo tienen el mismo significado: Es un proceso sostenido, riguroso, confiable y continuo que está orientado a procesos concretos y que consiste básicamente en realizar una comparación con empresas del mismo sector (competidoras o no) o de otro sector para adoptar prácticas que pueden mejorar el desempeño de la organización.

Los objetivos perseguidos generalmente en ejercicios de benchmarking son:

- Contribuir al desarrollo del plan estratégico de la empresa mediante la consecución de metas realistas destinadas al logro de los factores decisivos para el éxito de la organización
- Contribuir al mejoramiento sostenido de los procesos empresariales clave mediante la identificación de mejores prácticas que faciliten las oportunidades de desarrollo organizativo.

### **Aspectos y categorías del benchmarking**

Benchmarking ha sido presentado como una herramienta para la mejora de las prácticas operacionales en los procesos administrativos para llegar a ser más competitiva una organización dentro de un mercado cada vez más difícil, sin embargo hay aspectos y categorías de benchmarking que es importante revisar.

- **Calidad:** Se refiere al nivel de valor creado de los productos para el cliente sobre el costo de producirlos. Dentro de este aspecto el benchmarking puede ser muy importante para saber la forma en que las otras empresas forman y manejan sus sistemas de calidad, aparte de poder ser usado desde un punto de vista de calidad conforme a la calidad percibida por los clientes, que es determinada por la relación con el cliente, la satisfacción y

por último la comparaciones con la competencia. También se puede ver el aspecto de la calidad conforme a lo que se llama calidad relativa a normas, la cual se refiere a diseñar sistemas de calidad que aseguren que la calidad resultante de los mismos, se apegará o cumplirá con especificaciones y estándares predeterminados.

- **Productividad:** El benchmarking de productividad es la búsqueda de la excelencia en las áreas que controlan los recursos de entrada, y la productividad puede ser expresada por el volumen de producción y el consumo de recursos que pueden ser costos o capital.
- **Tiempo:** El estudio del tiempo, al igual que de la calidad, simboliza la dirección del desarrollo industrial en los años recientes. Flujos más rápidos en ventas, administración, producción y distribución han recibido una mayor atención como un factor potencial de mejora de la productividad y la competencia. El desarrollo de programas enfocados en el tiempo ha demostrado una habilidad espectacular para recortar los tiempos de entrega.

Según el director del grupo de investigación, previsión y pensamiento estratégico de la facultad de ciencias administrativas de la Universidad del Valle (Betancourt, 2013),

Luego de saber las áreas en que se desarrolla, pasamos a la realización del estudio del benchmarking en el cual se debe cumplir varias fases:

- 1) Preparación e iniciación
- 2) Diagnostico
- 3) Formulación y direccionamiento
- 4) Acciones y aplicación
- 5) Terminación y retroalimentación

**Preparación:** En esta primera fase el director de la organización tiene que conformar un equipo de trabajo para el proyecto de benchmarking. El equipo será quien defina tareas, procesos a seguir y alcance del proyecto.

**Diagnóstico:** La segunda fase se genera el diagnóstico del problema, esta fase incluye un proceso basado en una investigación a fondo de los factores que incurren en el benchmarking, estas son:

- **Identidad del problema:** Descripción del problema que se pretende solucionar con el proyecto.
- **Ubicación:** Identificar en qué áreas o procesos se ha evidenciado el problema a tratar, analizando su comportamiento, situación actual, alcance, etc.

- **Tenencia del problema:** Identificar que personal se ve afectado con el problema.
- **Magnitud:** Cuantificar el problema en relación la importancia del análisis para este problema.
- **Perspectiva cronológica:** Verificar el alcance que tendrá el proyecto de benchmarking, analizar desde cuando existe el problema, cuantas veces se evidencio, etc.
- **Causas del Problema:** Identificar las fuerzas y los factores que ocasionan el problema, tener una análisis basto para proporcionar un punto de partida.

**Formulación:** La tercera fase trata de formular la solución posible al problema con el fin de dar el direccionamiento correcto y los pasos a seguir; en esta fase se presentan las propuestas a los grupos de interés con el fin de ayudar a la toma de decisiones.

**Acciones y Aplicaciones:** En la cuarta fase se pone en marcha las propuestas realizadas en la anterior fase.

**Terminación y retroalimentación:** Para finalizar, en esta última fase se generan informes del proyecto efectuado, se verifica si los resultados fueron los deseados y se implementa una retroalimentación con el fin de que se siga implementando el proyecto de benchmarking.

### **Factores críticos de éxito en el proceso de benchmarking - FCE**

Cuando se adentra en el tema, se realiza la pregunta ¿a qué le vamos a hacer Benchmarking?, surgen los factores críticos del éxito, son los aspectos en base a los cuales vamos a realizar el benchmarking. Los factores críticos o claves de éxito es un método dentro del benchmarking aplicado a un número limitado de áreas donde los resultados si son positivos, aseguran un resultado exitoso en la organización.

Es de vital importancia la identificación de estos así como establecer claramente una escala con sus conversiones adecuadas para llevar a cabo las diferentes comparaciones. Xerox sugiere hacer las siguientes preguntas:

- 1) ¿Cuál es el factor más crítico de éxito para mi función/organización?
- 2) ¿Qué factores están causando el mayor problema?
- 3) ¿Qué productos se les proporcionan a los clientes y qué servicios se les prestan?
- 4) ¿Qué factores explican la satisfacción del cliente?
- 5) ¿Qué problemas específicos se han identificado en la organización?
- 6) ¿En dónde están localizadas las presiones competitivas que se sienten en la organización?

- 7) ¿Cuáles son los mayores costos (o costos "conductores) de la organización?
- 8) ¿Qué funciones representan el mayor porcentaje de costos?
- 9) ¿Qué funciones tienen el mayor espacio para hacer mejoras?
- 10) ¿Qué funciones tienen más influjo (o potencial) para diferenciar a la organización de los competidores en el mercado?

Para ello, a continuación ilustramos algunos factores claves de éxitos encontrados en el Libro Benchmarking Competitivo (Betancourt, 2013):

Tabla 5. Listado factores claves de éxito

| LISTADO DE FACTORES CLAVE DE ÉXITO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Precio competitivo.</li> <li>• Calidad del producto.</li> <li>• Portafolio de productos.</li> <li>• Presentación y empaque.</li> <li>• Tecnología de producción.</li> <li>• Valor nutricional.</li> <li>• Publicidad.</li> <li>• Encadenamiento productivo.</li> <li>• Posicionamiento de marca.</li> <li>• Logística de compra.</li> <li>• Logística de distribución.</li> <li>• Logística de almacenamiento.</li> <li>• Modalidad de pago.</li> <li>• Desarrollo e innovación.</li> <li>• Dirección y estilo de dirección.</li> <li>• Responsabilidad social empresarial.</li> <li>• Fidelización</li> <li>• Capacidad financiera</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cobertura del mercado.</li> <li>• Precios y tarifas.</li> <li>• Sistema de distribución.</li> <li>• Cultura de calidad.</li> <li>• Sistema de gestión de la calidad.</li> <li>• Tecnología y sistemas de información y comunicación (Tic's).</li> <li>• Ciclo operacional.</li> <li>• Optimización de costos.</li> <li>• Investigación de mercados.</li> <li>• Selección de personal.</li> <li>• Rentabilidad.</li> <li>• Costos de los fletes.</li> <li>• Remuneración.</li> <li>• Productividad.</li> <li>• Costos laborales.</li> <li>• Servicio al cliente.</li> <li>• Participación en el mercado</li> </ul> |

Fuente: Benjamín Betancourt Guerrero. Benchmarking Competitivo, un enfoque práctico, Tuluá: franciscos impresos. Pág. 22.

### Matriz del Perfil Competitivo – MPC

Con los factores de éxitos ya definidos se procede a elaborar la MPC. La matriz del perfil competitivo es la una herramienta muy importante para realizar el benchmarking, ya que con este instrumento se genera una matriz de comparativa de las distintas empresas que se desean analizar.

Una vez seleccionado y descritos cada uno de los factores clave de éxito se procede a elaborar la matriz del perfil competitivo de la siguiente manera:

- Los factores clave de éxito se ubican en la primera columna de la matriz de perfil competitivo.
- La columna "Peso". En esta columna se registran los pesos de cada factor, el cual se calcula de acuerdo a su importancia relativa que

tenga cada uno de ellos sobre los demás. La suma de los pesos de todos los factores debe ser igual a 1,0 que corresponde al 100%.

- La columna “Valor”. Corresponde a la calificación que los analistas le dan a las empresas en ese factor, teniendo en cuenta que la escala que se utiliza es de 1 a 4, donde 1 es la peor calificación 4 expresa el mejor desempeño de la organización en ese factor.
- La columna “Valor Sopesado”. El valor sopesado se calcula multiplicando el peso en decimales por el valor respectivo, registrando su resultado en esta columna.

(Betancourt, Benchmarking Competitivo, 2013)

Para finalizar, se generan los radares de comparación con el fin de obtener información gráfica de la MPC, de esta manera realizar los análisis pertinentes e interpretaciones de los resultados arrojados. De esta manera se podría definir el benchmarking como la comparación referencial que le permite a las empresas conocer cómo se están desempeñando sus competidores y de esta manera tomar los aspectos positivos de aquella organización y adaptarlos a sí misma.

#### 1.5.2.10. Balanced Score Card (BSC)

El Balanced Score Card, mando de control o tablero de mando, es una herramienta que permite desarrollar e implementar estrategias en los procesos misionales de toda organización, por medio de un plan de mejoramiento y un conjunto de medidas de actuación. El BSC es la principal herramienta metodológica en traducir la estrategia en un conjunto de acciones de mejora, las cuales facilitan la creación de mediciones y un sistema de mejora en los procesos analizados.

El BSC retoma el paradigma de usar indicadores para evaluar los procesos de la organización, pero agrega, además, la acción estrategia por medio de otras características que lo hacen eficiente y más interesante, permitiéndole evolucionar desde su definición inicial en 1992, *"un conjunto de indicadores que proporcionan, a la alta dirección, una visión comprensiva del negocio"*, para *"ser una herramienta de gestión que traduce la estrategia de la empresa en un conjunto coherente de indicadores"*. Kaplan y Norton de la Universidad de Harvard fueron los que implantaron este nuevo enfoque que a su vez revolucionaban la administración de empresas, introduciendo un concepto bastante efectivo para alinear la empresa hacia la consecución de las estrategias de planeación, por medio de la medición de indicadores alcanzables en los procesos.

El BSC es de suma importancia dado a que disminuye los posibles errores en el accionar del personal, dado a que los indicadores se definen por medio de un análisis holístico de los procesos en la organización, que no da opción a

seleccionar o no seleccionar algunos de estos, simplemente si está dentro de los indicadores es porque es relevante en algún punto para la implementación de la estrategia o el seguimiento de la misma.

El BSC se utilizó inicialmente para el mejoramiento en procesos financieros pero realizaría análisis más amplios, este se convierte la acción correctiva en un conjunto de indicadores agrupada en 4 categorías: Financiera, Cliente, Procesos Internos e Innovación y crecimiento. De esta manera el estudio puede abarcar todos los procesos de la organización y generar un equilibrio entre los indicadores dentro de la metodología dado a que se tocan temas relacionados con accionistas y clientes.

### **Perspectivas del Balanced Score Card**

Son 4 las perspectivas que se identifican en el proceso del BSC pero no siempre se utilizan todas ellas, pueden adaptarse a la organización; estas son:

- **Perspectiva Financiera (Lo que esperan los accionistas):** Los indicadores financieros son los más comunes a la hora de implementar un BSC reflejo a la necesidad de mejorar los estados financieros en la organización. Cuando se analiza el ámbito financiero se debe traer a relación factores como rentabilidad, crecimiento, costo-beneficio, entre otras para tener basta información para el análisis. Algunos indicadores que se analizan son:
  - Valor Económico Agregado.
  - Margen de Operaciones.
  - Utilidad Neta.
  - Ingresos y rotación de Activos.
- **Perspectiva del Cliente (Aspectos del cliente que interesan):** La perspectiva del cliente identifica los procesos de atención, el mercado y el cliente hacia se dirige el servicio. Esta perspectiva brinda un análisis basto de lo necesario para adquirir, conservar y satisfacer a los clientes, y de esa manera generar una rentabilidad en la organización. La satisfacción de los clientes está ligeramente unificada con el valor agregado que reciban en la recepción del producto o servicio. Los indicadores que se analizan son:
  - Satisfacción del cliente.
  - Insatisfacción del cliente.
  - Reclamos y quejas en los servicios.
  - Retención del cliente.
- **Perspectiva de los procesos internos (Procesos internos que se deben mejorar para satisfacer los clientes):** Esta perspectiva tiene mucha relación con la perspectiva anterior, debido a que con la mejora de los

procesos internos se debe incrementar la satisfacción de los clientes. La excelencia de los procesos es uno de los alcances que implementa esta perspectiva para mejorar la organización. A la final se recopilan los procesos internos que se deben mejorar, para ello, se deben analizar por medio de los indicadores, algunos de estos son:

- Actividades realizadas.
- Niveles de Producción.
- Costo de cada Actividad.

- **Perspectiva de Innovación y crecimiento (Proceso de mejora por medio de los recursos internos):** Perspectiva que identifica la infraestructura que se debe mejorar en los procesos para mejorar las actividades y de esta manera, arrojar resultados favorables a largo plazo. Se debe lograr crecimiento y mejoras en 3 áreas en especial: Personal, sistemas y clima organizacional ya que estos potencian el alcanzar los objetivos de las perspectivas plasmadas anteriormente. Algunos Indicadores son:

- Desarrollo de competencias en el área
- Toma de decisiones
- Implementación de las Tics
- Liderazgo en los procesos.

Cuando se tiene claro las perspectivas con los indicadores a analizar, se organizan y se plasman en un cuadro en el cual se monitoreara el progreso de cada uno de ellas. Los resultados obtenidos se presentaran por medio de un plan de mejoramiento.

#### 1.5.2.11. Plan de Mejoramiento

El ámbito organizacional actual viene enmarcado por el mejoramiento continuo y la excelencia en los procesos. Cuando se emprende un proceso de mejora continua, el análisis institucional es fundamental para planificar el futuro de la misma teniendo en cuenta el entorno cambiante que la envuelve, relacionando las fortalezas y debilidades que la rodean.

“El Plan de Mejoramiento es el conjunto de elementos de control, que consolidan las acciones de mejoramiento necesarias para corregir las desviaciones encontradas en el Sistema de Control Interno y en la gestión de operaciones, que se generan como consecuencia de los procesos de autoevaluación, de evaluación independiente y de las observaciones formales provenientes de los órganos de control.” (SENA, 2015)

Cuando se implementa un plan de mejora es necesario realizar un diagnóstico de la situación de la organización, una vez realizado es fácil determinar la estrategia

que se debe seguir para que la organización analice la mejora implantada. Una vez de que se analiza el paso a seguir, es bueno, apoyarse en las fortalezas para superar las debilidades y tener en cuenta la visión interna de la organización con el fin de evaluarla y ampliarla.

El plan de mejoramiento integra procesos estratégicos sobre los cuáles son los cambios que se van a implementar a los diferentes procesos de la organización, para que sean convertidos en un mejor servicio percibido por los pacientes. Este plan, además de servir de base para la detección de mejoras, permitiendo mejora en el control y seguimiento de las diferentes acciones a desarrollar, así como la incorporación de acciones correctoras ante posibles contingencias no previstas.

Para garantizar que estas acciones sean efectivas deben tener los siguientes atributos:

- Consensuadas: Las acciones a ejecutar deben ser debatidas y consensuadas entre todos los involucrados.
- Coherentes: Las acciones a ejecutar deben ser coherentes con las mejoras identificadas en el proceso de evaluación y los objetivos que se pretenden lograr.
- Realistas: Las acciones deben ser viables para poder realizarlas.
- Flexibles: Las acciones deben ser susceptibles de ser modificadas por imprevistos internos y del entorno, sin que se pierda el objetivo original.

## **Pasos Para Elaborar Un Plan De Mejoramiento**

### **Etapas 1**

- Conformar equipo de mejora:  
El equipo de mejora es el encargado de llevar a cabo todo el proceso de mejora, desde el análisis de la situación, pasando por el desarrollo, seguimiento y finalización del proceso. Este equipo normalmente es auditado por el comité de calidad y control, alta gerencia y profesionales del área.
- Elaborar plan de mejora:  
Elaborar el plan incluye un diagnóstico previo con el cual se identificara aspectos claves que servirían a tomar decisiones en el momento de efectuar algún cambio en el proceso. Al final se debe realizar cronograma y calendario para las acciones a realizar.
- Identificar y seleccionar las áreas de mejora:  
Cuando se lleva a cabo la reunión de análisis y se realiza el diagnóstico previo, la unidad evaluada conoce las principales fortalezas y debilidades en relación al entorno que la envuelve. De las áreas identificadas en el

proceso de análisis, el plan debe priorizar las actividades de acuerdo a su inmediatez.

La clave está en la identificación de las áreas de mejora teniendo en cuenta que, para ello se deben superar las debilidades apoyándose en las principales fortalezas.

- Detectar las principales causas de cada problema o área de mejora identificada:

En el momento en que se identifica el problema o área a mejorar, es necesario conocer las posibles causas que lo originan y seleccionar las alternativas más apropiadas para su solución. La solución de un problema, y de esta manera el cumplimiento de lo propuesto para la superación del problema de un área, comienza cuando se conoce la causa que lo originó. Existen múltiples herramientas diagnósticas para su identificación, entre estas se destacan:

- Análisis DOFA.
- Árbol de Problemas.
- Análisis de brechas
- Lista de chequeo

Cuando se utiliza alguna de las herramientas diagnósticas anteriormente citadas, se analiza en mayor profundidad el problema, ayuda a visionar con mayor facilidad las acciones correctivas y mejorar en el plan de mejoramiento.

- Formular El Objetivo:  
Cuando se identifican las causas del problema raíz, se debe tomar la decisión por parte del equipo de mejora, de cómo iniciar el proceso, y de esta manera formular los objetivos con los que se iniciara el desarrollo del plan de mejora; es aquí donde se fija la cronología de ejecución de este.

## Etapas 2

- Desarrollo del plan de mejora:  
La fase de desarrollo está relacionada con la implementación del plan de acciones y la puesta en marcha de las estrategias que arrojó las herramientas diagnósticas; La aplicación de la información obtenida de estas, generaran soluciones del problema así como la elaboración del cronograma de implementación. Para ello, existen herramientas para demostrar la efectividad del desarrollo del plan, algunas son:

- Benchmarking (Aprender mejores prácticas)
- Cuadro de Mando Integral (Balance Scorecard)

### Etapa 3

- Seguimiento del plan de mejora  
En esta fase se elabora el seguimiento del plan de mejora por medio de un cronograma para verificar el alcance y la implantación de las acciones de mejora. Se dispondrán de manera ordenada las prioridades con los plazos establecidos para el desarrollo de las mismas.

### Etapa 4

- Elaborar informe, generar recomendaciones:  
En esta última fase, se generan los informes del proceso realizado, estos se realizan por parte del personal encargado, esto permite al proceso realizar retroalimentación de las acciones correctivas o de mejora que se implementaron con el fin de alcanzar un proceso de mejora continua.

Luego de implementar el plan de mejoramiento, este permite encontrar diversas soluciones entre ellas están:

- Identificar las causas del problema y posibles soluciones.
- Analizar de la situación.
- Disponer de un plan de las acciones a desarrollar.
- Implementar las estrategias a seguir.
- Incrementar la eficacia y eficiencia de la gestión.

### 1.5.3. Marco legal

La Clínica San Francisco S.A. pertenece tanto al sector privado como al sector salud, lo cual se hace necesario presentar un resumen del compendio de las normas y lineamientos legales, que desde los diferentes entes gubernamentales, son emitidos para implementar en este tipo de instituciones. La importancia de este marco normativo es que brinda los principios con los que se enmarca la atención en salud y son la base de la humanización.

Diferentes tratados internacionales y locales de derechos humanos y en las constituciones de todos los países del mundo, consagran el derecho a la seguridad entre ellas la salud, todas las personas sin distinción pueden acceder al servicio de salud bajo los términos de igualdad y universalidad.

En la declaración universal de los derechos humanos se oficiala lo siguiente: “toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad” (Ley Internacional de Derechos Humanos, 1948).

### **Constitución Política de Colombia de 1991**

“De los derechos fundamentales: el derecho a la vida, derecho a la información, a la participación e igualdad”. (Constitución Política de Colombia 1991. Tit 2 Cap. 1 - Art. 11, 13, 15, 41., 1991). Dentro del derecho a la vida, se encuentra implícitamente el derecho a la salud.

### **Ley 23 de 1981 Código de Ética**

La cual dicta normas sobre la Ética Médica aplicable a los profesionales de la salud que ejercen su profesión en Colombia.

“La medicina es una profesión que tiene como fin cuidar de la salud del hombre y propender por la prevención de las enfermedades, el perfeccionamiento de la especie humana y el mejoramiento de los patrones de vida de la colectividad, sin distingos de nacionalidad, ni de orden económico-social, racial, político o religioso. Por consiguiente, el ejercicio de la medicina tiene implicaciones humanísticas que le son inherentes”.

(Ley 23 de 1981 - Tit. 1 Cap. 1 Art. 1. Num. 1)

“La relación médico-paciente es el elemento primordial en la práctica médica. Para que dicha relación tenga pleno éxito, debe fundarse en un compromiso responsable, leal y auténtico, el cual impone la más estricta reserva profesional. Pero las instituciones que hacen parte del sistema de seguridad social en salud deben implementar y entregar herramientas a los trabajadores que conlleven a prestar un trato digno y respetuoso a los ciudadanos de Colombia”.

(Ley 23 de 1981 - Tit. 1 Cap. 1 Art. 1. Num. 4, 1981)

### **Ley 100 de 1993**

“El sistema de seguridad social integral tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten. El sistema comprende las obligaciones del Estado y la sociedad, las instituciones y los recursos destinados a garantizar la cobertura de las prestaciones de carácter económico en salud”. (Ley 100 de 1993. Tit Prel. Cap. 1 Art. 1. ). Esto quiere decir que todos los entes reguladores en materia de salud tienen la obligación de velar por la vida y la salud de los colombianos residentes en el país, de esta manera protegiendo el bienestar y subsistir de los ciudadanos.

### **Resolución número 4028 de 1996**

Por la cual se conforma el grupo de Atención al Usuario y se establece el Sistema de Quejas y Reclamos del Ministerio de Salud.

### **Ministerio de la Protección Social, Resolución número 1043 de 2006**

Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud, para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones.

### **Resolución 2542 de 1998**

Reglamenta el “Sistema Integral de Información para el Sistema General de Seguridad Social en Salud – SIIS”. Algunos de los fragmentos se encuentran relacionados a continuación:

- El Ministerio de Salud, acogiendo las políticas estatales, ha expedido a los largo de los últimos años una serie de disposiciones que estructura el marco de Seguridad Social; dicha normatividad obliga a las instituciones a establecer: un servicio de atención a los usuario, un servicio de recepción de quejas y reclamos, mecanismos para evaluar el nivel de satisfacción de los usuarios, formular un plan de garantía de calidad en los servicios, garantizar la seguridad de los usuarios y abrir espacios de participación social.
- Sin embargo, no bastara con reconocer el marco normativo del sector salud y/o los mecanismos de participación ciudadana y gestión administrativa, como el Sistema de Información y Atención al Usuario (SIAU), es preciso definir el proceso administrativo para su implementación y con él garantizar un acercamiento al cumplimiento del espíritu de la legislación en salud.

### **Decreto número 1011 de 2006**

Por el cual se establece el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud del sistema general de seguridad social en salud, el presidente de la república de Colombia establece en su Artículo 36 en el numeral 2, en la Atención al Usuario: La entidad evaluara sistemáticamente la satisfacción de los usuario con respecto al ejercicio de sus derechos, al acceso, oportunidad y a la calidad de sus servicios.

### **Decreto 1757 de 1994 (Agosto 3) Diario Oficial N° 41477, del 5 de agosto de 1994, nota de vigencia: Decreto aclarado por el decreto 1616 de 1995.**

Por el cual se organizan y establecen las modalidades y formar de participación social en la prestación de servicios de salud, conforme a lo dispuesto en el numeral 11 del artículo 4° del Decreto Ley 1298 de 1994, el presidente de la Republica de Colombia **Artículo 5° Sistema de Atención e Información al Usuario.** Las instituciones prestadoras de servicios de salud, sean públicas, mixtas o privadas, garantizaran un sistema de información y atención a los usuarios a través de una atención personalizada que contará con una línea telefónica abierta con atención permanente de veinticuatro (24) horas y garantizara, según los requerimientos de ese servicio, el recurso humano necesario para que atienda, sistematice y canalice tales requerimientos.

En Colombia existe la ISO 9000:2000, la cual refiere calidad como “El grado en el que un conjunto de características (rango diferenciador) inherentes cumple con los requisitos (necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria)”.

### **Decreto 1011 de 2006 Artículo 45**

Por el cual se determina que se diseñará e implementará un Sistema de Información para la Calidad con el objeto de estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector que al mismo tiempo, permita orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes y en los niveles de calidad de los prestadores de salud. A su vez establece que son objetivos del sistema de información para la calidad:

1. **Monitorear:** Hacer seguimiento a la calidad de los servicios para que los actores, las entidades directivas y de inspección, vigilancia y control del sistema realicen el monitoreo y ajuste del SOGCS.
2. **Orientar:** Contribuir a orientar el comportamiento de la población general para la selección de la EAPB y/o la institución prestadora de servicios., por parte de los usuarios y demás agentes, con base en información sobre su calidad.
3. **Referenciar:** Contribuir a la referenciación competitiva sobre la calidad de los servicios entre las EAPB y las instituciones prestadoras de servicios.
4. **Estimular:** Propende por apoyar e incentivar la gestión de la calidad basada en hechos y datos.

### **Decreto 1011 De 2006**

Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

“Características - del SOGCS. Las acciones que desarrolle el SOGCS se orientarán a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos los cuales solo constituyen prerrequisito para alcanzar los mencionados resultados”.

Para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud, el SOGCS deberá cumplir con las siguientes características: (Decreto 1011 de 2006 Título II Art. 3 Num 1, 2, 3, 4, 5)

1. “**Accesibilidad.** Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud”.
2. “**Oportunidad.** Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios”.
3. “**Seguridad.** Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias”.
4. “**Pertinencia.** Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia

científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

5. “**Continuidad**. Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico”.

Todos estos elementos son de vital importancia para la prestación de los servicios, cumpliendo con la normatividad e implementados de manera correcta permiten asegurar una satisfacción al usuario y de no ser así, identificar los elementos que están generando mayor insatisfacción en cada uno de los procesos, intervenirlos, mejorarlos y estar siempre en la búsqueda de una mejora continua.

#### 1.5.4. Marco conceptual

- Accesibilidad: Es la Posibilidad que tiene el paciente de ser atendidos por los servicios que presta una entidad.
- ARL: Aseguradora de Riesgos Laborales, su finalidad es respaldar a los empleadores o empresas en el caso de que se produzca un siniestro con sus colaboradores.
- Calidad: Propiedad atribuida a un servicio o producto que permite apreciarlo como igual, mejor o peor que los demás. Es el grado en que un servicio cumple con los objetivos para los que ha sido creado.
- Certificado ISO del SGC: Proceso voluntario de evaluación en base al sistema de gestión de calidad como norma internacional de los requisitos definidos en normas o especificaciones técnicas centradas en los elementos de administración de calidad con los que una empresa debe contar para tener un sistema efectivo.
- Competencia: Habilidad demostrada para aplicar conocimientos y aptitudes en la realización de ciertas funciones.
- Conformidad: Cumplimiento de expectativa, requisito o perspectiva.
- Eficiencia: Relación entre las metas propuestas y alcanzadas con los recursos que posee la organización para lograrlas.
- Eficacia: Extensión en la que se realizan las actividades planificadas y se alcanzan los resultados planificados.
- EPS: Entidad promotora de salud, estas empresas del Sistema de Salud en Colombia no prestan servicios médicos, sino que promueven los servicios a

usuarios en un esquema de aseguramiento, afiliándose a ellos para luego obtener beneficios en el sector salud.

- Equidad: Distribución adecuada de los recursos en función de las necesidades de los pacientes ante una dificultad.
- Evento Adverso: un evento adverso o efecto adverso es un accidente inesperado dentro de la atención en una IPS el cual causa un daño, herida o complicación al paciente y a su vez, es consecuencia directa de la atención medica que recibe y no de la razón por la cual accede al sistema de salud, es decir la enfermedad que padece por la cual consulta. Muchos de estos eventos adversos son inevitables por más que se esfuercen los profesionales de la salud, pero existen otros que podrían evitarse si se lleva un control bajo las políticas de seguridad al paciente dentro de la organización.

*“Es aquel que genera daño al paciente, después de que éste ingresa a una institución médica, y está relacionado más con el cuidado proveído que con la enfermedad de base”. (Paez Torres, 2009)*

- Indicadores: Instrumento estadístico que sirve para cuantificar alguna dimensión con el fin de comparar desempeños entre ciertas situaciones o periodos, entre otros.
- IPS: Institución Prestadora de Salud, entre estas las Clínicas, Hospitales, Centros de atención, etc.
- Mejora continua: Mejorar la eficacia de la organización aplicando la política de calidad, los objetivos de calidad, los resultados de las verificaciones de inspección, el análisis de los datos, las acciones correctivas y preventivas y la revisión de la Dirección.
- No Conformidad: Incumplimiento de expectativa, requisito o perspectiva.
- Paciente: Persona que utiliza el servicio de una organización. Debe ser el eje por medio del cual se organizan las actividades del sistema.
- Percepción: Son las conclusiones que se obtiene sobre la forma en que se recibe la prestación de un servicio o un producto.
- Política de Calidad: Normas interdisciplinarias de la organización con el fin de orientar una organización, relativas con la calidad y su relación con la alta gerencia para el cumplimiento de las metas y los procesos.

- POS: Plan obligatorio de salud, El POS son los beneficios a los cuales tienen derecho todos los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia.
- Proceso: Es el conjunto de actividades que se relacionan conjuntamente con las áreas de la organización, las cuales interactúan entre sí para transformar los recursos, insumos o entradas en resultados.
- Queja: Es la manifestación verbal o escrita de la insatisfacción hecha a una organización con respecto a los productos o servicios obtenidos por la Entidad en desarrollo de sus funciones/Expresión de insatisfacción hecha a una organización con respecto a los productos o servicios obtenidos.
- Reclamo: Inconformismo interpuesto por una persona natural o jurídica, sobre el incumplimiento de alguna de las características de los servicios ofrecidos por la Entidad.
- Salud: Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud es la condición de todo ser vivo que goza de un absoluto bienestar tanto a nivel físico como a nivel mental y social. Es decir, el concepto de salud no sólo da cuenta de la no aparición de enfermedades o afecciones sino que va más allá de eso.
- Satisfacción del cliente: Cumplimiento de ciertas expectativas, exigencias y requisitos, premiando el mérito del servicio o producto adquirido. También se puede expresar como la percepción del cliente
- Seguridad al paciente: Seguridad al paciente es uno de los objetivos fundamentales que se deben desarrollar en toda IPS, la cuales están regidas bajo las políticas de las ciencias de la salud con el fin de ser un ente de prevención con relación a los servicios prestados al momento de una consulta.
- SGC: Sistema de Gestión de Calidad, hace referencia a la satisfacción de las necesidades los clientes en cuanto al producto o servicio ofrecido por una organización.
- SGSSS: Se refiere al sistema general de seguridad social en salud. El sistema de seguridad social integral está conformado por las instituciones, leyes y procedimientos de las cuales disponen las personas con el fin de tener una calidad de vida plena.
- SIAU: Sistema de Información y atención al usuario.

- Sugerencia: Proposición, insinuación, indicación explicación para adecuar o mejorar un proceso cuyo objeto es la prestación de un servicio.
- Sugerencia: Es un consejo o propuesta presentada por un usuario ante una institución con el fin de mejorar los servicios de la Entidad.
- Tratamiento de la queja: procedimiento sistemático que corresponde a las medidas tomadas por los jefes de proceso para definir planes enfocados al mejoramiento continuo de los procesos y a la satisfacción de las necesidades y expectativas de los usuarios.
- Urgencia: Alteración de la integridad física y/o mental de una persona, causada por un trauma o por una enfermedad de cualquier etiología.
- Usuario: Es toda persona que recibe los servicios de la institución directa o indirectamente, pudiendo ser paciente, familiar o acompañante.

Los siguientes conceptos son extraídos del Decreto Numero 1011 de 2006 continuación del decreto "Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Social y de Salud"

- Atención de salud: Se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población.
- Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud: Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios.
- Calidad de la atención de salud: Se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.
- Prestadores de Servicios de Salud: Se consideran como tales, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los Profesionales Independientes de Salud y los Servicios de Transporte Especial de Pacientes.

Para los efectos del presente decreto se consideran como instituciones prestadoras de servicios de salud a los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud.

- Profesional independiente en salud: Es toda persona natural egresada de un programa de educación superior de ciencias de la salud de conformidad con la Ley 30 de 1992 o las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan, con facultades para actuar de manera autónoma en la prestación del servicio de salud para lo cual podrá contar con personal de apoyo de los niveles de formación técnico y/o auxiliar.
- Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, SOGCS: Es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.
- Unidad sectorial de normalización en salud: Es una instancia técnica para la investigación, definición, análisis y concertación de normas técnicas y estándares de calidad de la atención de salud, autorizada por el Ministerio de Comercio, Industria y Turismo.
- Los estándares de calidad propuestos por esta Unidad se considerarán recomendaciones técnicas de voluntaria aplicación por los actores del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, los cuales podrán ser adoptados mediante acto administrativo por el Ministerio de la Protección Social, en cuyo caso tendrán el grado de obligatoriedad que este defina.

## 1.6. DISEÑO METODOLÓGICO

### 1.6.1. Tipo de estudio

Este proyecto va manejar un estudio de tipo descriptivo y la metodología propuesta es inductiva, ya que pretende analizar el proceso, sus fortalezas y debilidades, generando así actividades y herramientas que permitan mejorar el proceso, desde un enfoque en humanización del servicio de salud.

Al tener un Sistema de Información y Atención al Usuario ya estructurado, desde la óptica de la administración se analiza el proceso, se aplican diferentes herramientas diagnosticas (DOFA, Benchmarking, Análisis de Brechas, Árbol de problemas) para caracterizar el proceso desde su funcionamiento interno, hasta la comparación con empresas de competencia directa en el sector, conocer el como lo hacen y lo que se puede hacer para mejorar y estar a la vanguardia de las

exigencias del mercado. La implementación de un proceso de humanización en los servicios de la Clínica San Francisco obliga a que los procesos se ajusten a una medición de las variables concernientes al proyecto.

#### **1.6.2. Área de Estudio**

La empresa objeto de estudio es la Clínica San Francisco S.A, es una entidad privada y gran contribuyente en el régimen tributario. Perteneciente al sector salud y la IPS más grande en la ciudad de Tuluá. El proceso a analizar es el Sistema de Información y Atención al Usuario, el cual se encuentra dentro de los procesos estratégicos de la organización, *Mejoramiento Continuo*.

#### **1.6.3. Metodología de estudio**

Se aplican los parámetros del método **inductivo**, ya que se realiza un estudio de un área específica, con un enfoque particular en humanización en los servicios de salud, consiguiendo así formular solidas conclusiones que permitan generar mejoras al proceso.

#### **1.6.4. Procesamiento de la Información.**

##### **1.6.4.1. Fuentes de información**

El proceso a analizar lleva alrededor de siete años en funcionamiento, con procesos certificados por Bureau Veritas, ente certificador de procesos de calidad. Esto demuestra que los procesos ya establecidos funcionan de manera adecuada y que sus bases de datos históricos servirán para el presente proyecto.

Las fuentes de información se dividen en tres: Fuentes primarias, estas constituyen el objetivo de la investigación, provee un testimonio o evidencia directa sobre el tema de investigación; las fuentes secundarias que interpretan y analizan fuentes primarias y las fuentes terciarias las cuales son documentos que compendian nombres y títulos de revistas y otras publicaciones periódicas. La diferencia entre fuente secundaria y terciaria es que la primera comprende fuente de primera mano y la segunda fuentes de segunda mano.

Las fuentes primarias a utilizar son referenciaciones con Clínicas y Hospitales, en este caso se escogieron tres con las siguientes particularidades:

- Líder del Mercado (Fundación Valle de Lili).
- Competencia directa geográfica (Clínica María Ángel).
- Sector público (Hospital San Bernabé).

Estas tres entidades servirán como fuente de información del cómo están funcionando los SIAU en otras instituciones.

Teniendo en cuenta la madurez del proceso, se optó por hacer uso de fuentes secundarias, en este caso datos históricos del funcionamiento del proceso para la identificación de necesidades. Por otro lado las fuentes secundarias utilizadas están avaladas desde la Gerencia General de la Clínica San Francisco para ser utilizadas en el presente proyecto y se relacionan a continuación:

Tabla 6. Procesamiento de Información

| Fuentes secundarias                                                                              | Datos o información teórica requerida para el estudio                                | Propósito con el que se consulta ese dato o teoría                                                                                                             | Bibliografía                                                                                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Consolidado de quejas y sus clasificaciones de los últimos tres años de la Clínica San Francisco | Conceptualización del sistema de información y atención para diseñar plan de acción. | Identificar los principales atributos afectados en la clasificación de las quejas.                                                                             | SIAU (2014). Archivo de Sistema de Información y atención al usuario SIAU, de la Clínica San Francisco S.A.         |
| Consolidado del grado de satisfacción de los últimos tres años de la Clínica San Francisco       | Conceptualización del sistema de información y atención para diseñar plan de acción. | Identificar principales áreas de la Clínica San Francisco en las que se está viendo afectada la satisfacción.                                                  | SIAU (2014). <i>Archivo de Sistema de Información y atención al usuario SIAU</i> , de la Clínica San Francisco S.A. |
| Procedimientos, formatos y herramientas utilizadas en la gestión del proceso del SIAU.           | Conceptualización del sistema de información y atención para diseñar plan de acción. | Analizar los procedimientos, formatos y herramientas utilizadas en la gestión del proceso del SIAU desde el enfoque de humanización en los servicios de salud. | SGC Sistema de Gestión de Calidad/Mejoramiento Continuo/SIAU.                                                       |

Fuente. Elaboración propia

También se hace necesario documentarse sobre las teorías y documentos relacionados con el tema de humanización en los servicios de salud y estos se detallan a continuación:

Tabla 7 – Procesamiento de Información – Teorías

|                                                                                              |                                               |                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Teorías y documentación vinculadas con el tema de la humanización en los servicios de salud. | Conceptualización del tema.                   | Analizar los conceptos de humanización en los servicios de salud.                               | Bernal, (2001); Brusco, (2003); Camilos, (2002) <i>Manual para la Formación de Líderes en Humanización en Salud</i>                                                                                            |
| Páginas web, revistas, Información del sector de Salud                                       | Consolidación de Información del sector Salud | Generar conocimiento amplio del Sector, estudios, estadísticas para plantear el plan de acción. | <a href="http://www.clinicasanfrancisco.com.co/">http://www.clinicasanfrancisco.com.co/</a><br><a href="https://www.minsalud.gov.co/Paginas/default.aspx">https://www.minsalud.gov.co/Paginas/default.aspx</a> |

Fuente. Elaboración propia

#### **1.6.4.2. Tratamiento de la información**

Para cualquier proyecto y más aún el que se realiza en una empresa real constituida, es muy importante el tratamiento que se le va a brindar a la información, pues como bien se sabe mucha de esta es de carácter confidencial.

En esta medida se hace necesario detallar como se va a manejar la información recolectada en cada uno de los puntos a tratar.

Para la recolección de la información de fuentes secundarios en propiedad de la organización objeto de estudio, por medio de la Dirección del SIAU se solicitarán los datos, procedimientos y demás documentos necesarios en la organización de manera formal al correo institucional ([servicio.cliente@clnicasfco.com.co](mailto:servicio.cliente@clnicasfco.com.co)) con el compromiso de la no divulgación de la información a terceros que no sean parte del proceso.

Las visitas que se generen dentro de la investigación serán solicitadas con anterioridad a las instituciones, con el fin de que se brinde el espacio adecuado para el cruce de información, la explicación de los procesos y demás actividades concernientes al SIAU. Esta información será manejada por las personas presentes en el proyecto, filtrando la información necesaria para llevarla a las herramientas diagnósticas utilizadas en el proyecto.

Los resultados obtenidos serán conocidos por los integrantes del proyecto, Gerencia General y la Directora del SIAU de la Clínica San Francisco y cuerpo docente de la Universidad del Valle (asesores - evaluadores) para fines académicos y a disposición de implementación de sugerencias a la empresa estudiada.

## **2. ANÁLISIS INTERNO DE LA CLÍNICA SAN FRANCISCO S.A.**

La Clínica San Francisco S.A. es una institución de orden privado que trabaja con el fin de generar satisfacción a las necesidades de los usuarios, en cuanto a la prestación de servicios de salud nivel 3 y 4 de atención. Con el fin de contar con una entidad que ofreciera servicios médicos de alta complejidad sin tener que desplazarse a otras ciudades.

La Clínica San Francisco S.A., viene posicionándose como la más importante entidad de salud del centro y norte del departamento del Valle del Cauca, ganándose el reconocimiento de los pacientes y sus entidades aseguradoras, por su excelente calidad científica, tecnológica y humana; que está en proceso continuo de crecimiento ampliando su oferta de servicios, al tiempo que mejora

sus instalaciones para mayor comodidad y eficiencia en la atención a sus pacientes.

Para garantizar dicha calidad, la Clínica San Francisco empezó a implementar un Sistema de Gestión de Calidad en el año 2008 con el fin de ajustarse a los requisitos de la **NTC ISO 9001:2008**. En el año 2010 culmina la etapa de implementación, y la Clínica comienza a ser parte de un grupo de empresas privilegiadas, certificadas bajo los requisitos de esta norma por parte del ente certificador Bureau Veritas Certification. La certificación de calidad es una ventaja competitiva, un diferenciador en el mercado, el cual brinda más confianza a los clientes, usuarios y demás partes involucradas en la gestión de la Clínica. En el mes de agosto de 2013 se recertifico la institución con hasta el año 2016.

## 2.1. PLATAFORMA ESTRATÉGICO

Dentro de la gestión de calidad se encuentra la plataforma estratégica de la empresa la cual consigna de la siguiente manera:

**Misión:** La Clínica San Francisco presta servicios Integrales de salud de alta complejidad, ofreciendo atención cálida y segura a sus Usuarios, generando sostenibilidad y responsabilidad social.

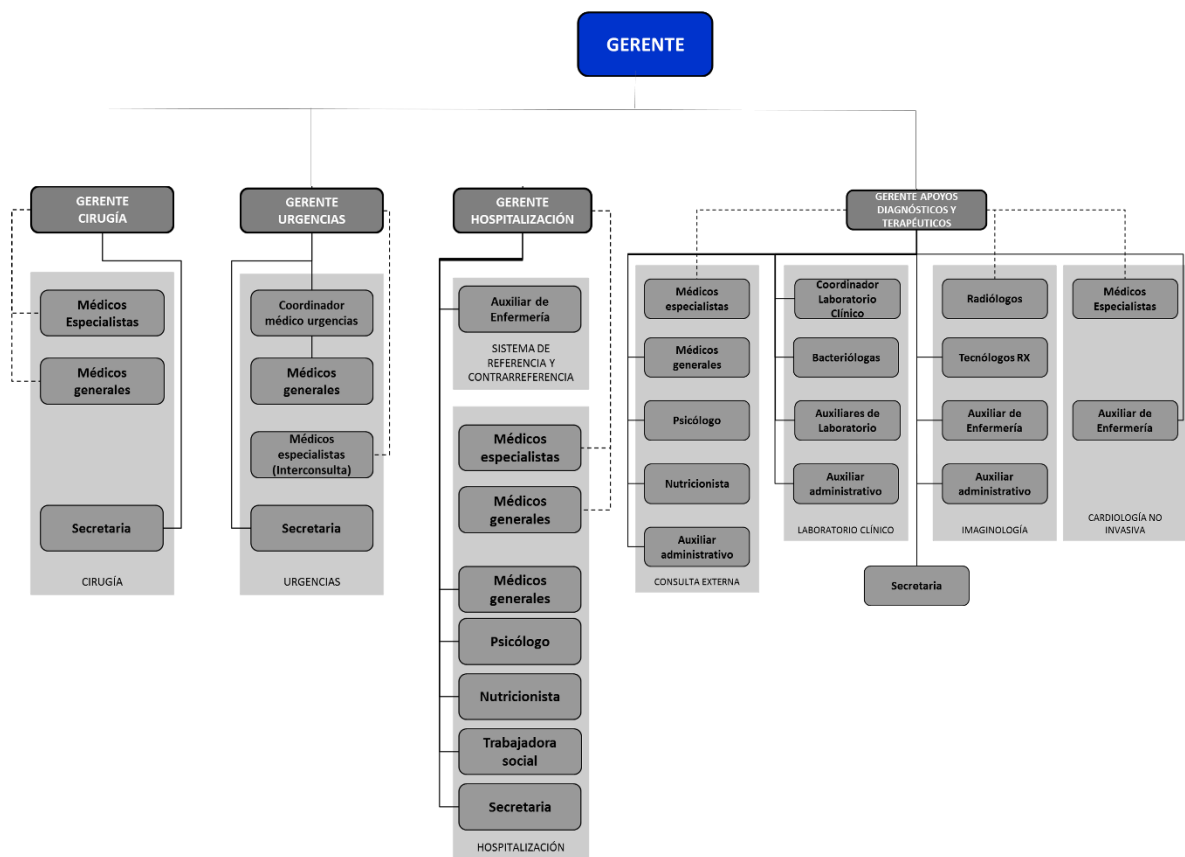
**Visión:** Ser una organización de salud líder en la región por su capacidad resolutiva, oportunidad, credibilidad y confianza.

**Política de Calidad:** La Clínica San Francisco comprometida con el mejoramiento continuo de sus procesos, brinda servicios de salud seguros, oportunos y pertinentes, apoyados por personal competente y cálido, moderna infraestructura y tecnología; busca suplir las necesidades y expectativas de los usuarios, respetando sus derechos, preservando el medio ambiente y el bienestar de sus colaboradores. (Clínica San Francisco)

### Estructura organizacional

La estructura organizacional de la Clínica San Francisco S.A. es jerárquica tradicional, conformada por la Gerencia General como cabeza del organigrama y 4 Gerencias Misionales (Cirugía, Hospitalización, Urgencias y Apoyos Diagnósticos y Terapéuticos). La Dirección del SIAU reporta también, al igual que las demás Gerencias, a la Gerencia General.

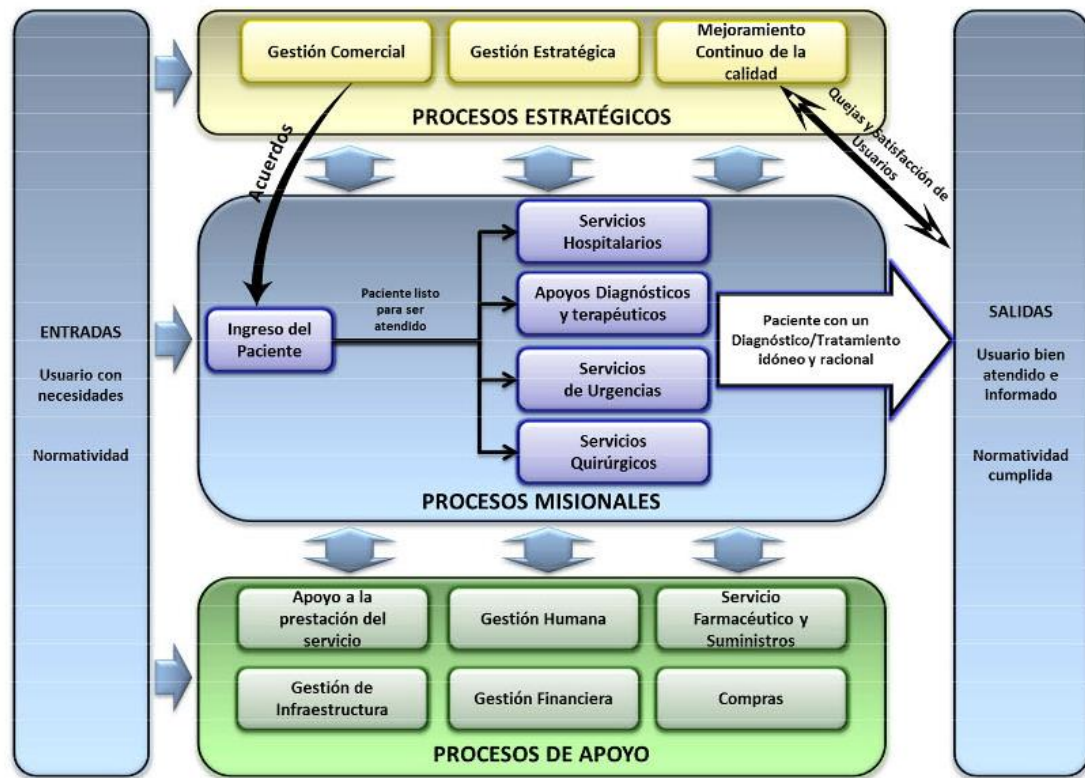
Figura 5. Organigrama General Clínica San Francisco S.A.



Fuente. Clínica San Francisco/Sistema Gestión de Calidad/Plataforma Estratégica

Al trabajar bajo un Sistema de Gestión de calidad y estar certificados bajo la ISO:9001, se hace necesario generar el mapa de procesos que intervienen en la gestión de la Clínica.

Figura 6. Mapa de Procesos Clínica San Francisco S.A.



Fuente. Clínica San Francisco/Sistema Gestión de Calidad/Plataforma Estratégica

Dentro del mapa de proceso, el cual conlleva los procesos estratégicos, misionales y de apoyo, se consideran los siguientes:

#### Procesos Estratégicos

- Gestión Comercial.
- Gestión Estratégica.
- Mejoramiento Continuo de la Calidad.

#### Procesos Misionales

- Servicios Hospitalarios.
- Apoyos Diagnósticos y Terapéuticos.
- Servicios de Urgencias.
- Servicios Quirúrgicos.

#### Procesos de Apoyo

- Apoyo a la prestación del servicio.
- Gestión Humana.

- Servicios farmacéuticos y de suministro.
- Gestión de Infraestructura.
- Gestión Financiera.
- Compras.

Es importante resaltar que todo Sistema de Gestión de Calidad propende por la satisfacción de los usuarios; lo cual conlleva a una medición de esta satisfacción siendo encargado el SIAU, por medio del proceso de Mejoramiento Continuo de la Calidad el cual tiene dos sub procesos: Sistema de gestión de Calidad y el SIAU como encargado de medir la satisfacción del usuario y dar respuesta a las quejas.

El SIAU maneja dos procedimientos, la Gestión de Quejas, y la Evaluación de la Satisfacción de los Usuarios.

## 2.2. DESCRIPCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN

### Historia

Con el objetivo de poder contar con una entidad que ofreciera servicios médicos de alta complejidad sin tener que desplazarse a otras ciudades, un grupo de empresarios y de personas vinculadas al sector salud de la ciudad de Tuluá constituyeron en el año 1991 la Unidad de Diagnóstico Médico Especializado Ltda. En vista del buen resultado obtenido con esta unidad, tiempo después se realizaron estudios para evaluar la viabilidad de crear una CLÍNICA; es así como en el año de 1.993 se inicia la construcción de la que habría de llamarse Clínica Nuestra Señora de Fátima S.A.

Esta institución de carácter privado, inicia actividades de forma parcial en el año 1996 dando al servicio las Unidades de Urgencias, Cirugía y Gineco-Obstetricia y dos años más tarde al resto de los servicios, así como la totalidad de los pisos de hospitalización, con una capacidad de 52 camas. Posteriormente se da inicio a un programa de ampliación para llegar en la actualidad a 167 camas y a la consolidación de los demás servicios ofertados.

Actualmente, la Clínica San Francisco presta servicios integrales de salud con altos estándares de calidad, eficiencia, oportunidad y satisfacción a las más importantes aseguradoras del sistema nacional de salud, teniendo como prioridad la excelencia en la atención del usuario.

La clínica está ubicada en el municipio de Tuluá, del departamento del valle del Cauca a 120 Km, la dirección es calle 26 N° 34-60, PBX: (2) 226 22 22 - Fax: (2) 224 56 21; con base en ello, la Clínica atiende una población cercana a los 206.210 usuarios de la comunidad tulivieja y centro vallecaucano. Las condiciones socioeconómicas de la población atendida y el radio de acción de la clínica cubre a usuarios de los estratos I, II, III, IV, V, VI. (Clínica San Francisco, 2015)

## Infraestructura física

Para entender la dinámica de la institución, se hace necesario en primera medida describir su capacidad instalada para la oferta de servicio:

### Urgencias:

- 8 consultorios médicos (incluyendo uno para la atención de pacientes particulares y planes adicionales en salud), 51 camillas
- Salas de observación diferenciales: Pediatría, Mujeres y Hombres
- Salas Especiales para: Reanimación, atención de pacientes en estado crítico
- Sala de yesos
- Sala de pequeña cirugía

### Hospitalización:

- 60 camas de hospitalización general para la atención del paciente adulto en mediana y alta complejidad

### Cirugía:

- 5 quirófanos dotados con equipos de alta tecnología
- Sala de recuperación
- Sala de endoscopia/colonoscopia
- Central de esterilización

### Unidad de Cuidados Intensivo – Adultos:

- 16 camas de Unidad de Cuidado Intensivo
- 7 camas Unidad de Cuidados Intermedios

### Unidad de Cuidados Intensivo – Neonatal:

- 4 camas de Unidad de Cuidado Intensivo
- 5 camas de Cuidado Intermedio
- Fototerapia
- Área de aislamiento

### Ginecología:

- 18 camas para la atención de pacientes Ginecobstetras
- 4 camas para trabajo de parto
- 1 sala de parto

### Pediatría:

- 8 camas adecuadas para la atención de niños después de 30 días de nacidos hasta los 14 años

Unidad de Salud Mental:

- 16 camas, con espacios adecuados para brindar seguridad y atención integral a la persona con enfermedad mental

Consulta Externa:

- 18 consultorios
- Sala de espera para 112 personas
- 9 módulos de atención

#### Servicios ofertados

**Atención Domiciliaria:** La Clínica San Francisco ha implementado el programa Salud Integral en casa (SIEC), el cual brinda un servicio integral y de la manera más hospitalaria a los usuarios en sus hogares, facilitando la recuperación de ellos en un entorno familiar.

Cuenta con: Coordinación de Enfermera Jefe, Especializada en Terapia Entereostomal y con profesionales altamente calificados, especializados en todas las técnicas para el manejo adecuado del paciente en:

- Cuidados básicos de enfermería
- Cuidados postquirúrgicos
- Administración de medicamentos
- Manejo de heridas
- Toma de muestras de laboratorio
- Manejo de pacientes oxígeno-dependientes
- Manejo de pacientes crónicos
- Actividades de TEO (Terapia Enterostomal)

**Curasan:** La Clínica San Francisco ha desarrollado el programa de cuidados de heridas con el fin de ampliar la cobertura en el servicio de salud y dar respuesta a una necesidad inherente de la población, el programa está basado en los más altos estándares de atención enfocados en el cuidado integral del paciente y sus necesidades.

El programa de extensión hospitalaria está orientado en brindar alta hospitalaria con más rapidez. Brinda un servicio integral a pacientes que requieren de un tratamiento médico continuo en su residencia, facilitando la recuperación del paciente en su entorno familiar y el reintegro temprano a sus actividades cotidianas.

**Cardiología:** El servicio de cardiología de la Clínica San Francisco de la ciudad de Tuluá está encargado del ámbito de las enfermedades del corazón con el fin de diagnosticar oportunamente factores de riesgo cardiovasculares en sus pacientes.

Servicios:

- Diagnóstico cardiaco adulto y niño
- Ecocardiograma modo M y bidimensional con doppler a color
- Ecocardiograma transesofágico
- Electrocardiografía dinámica
- Electrocardiograma de ritmo o de superficie
- Monitoreo de presión arterial sistémica

**Cirugía:** La unidad de Cirugía está enfocada en la atención de los pacientes durante las 24 horas del día, con los estándares tecnológicos y científicos de alta calidad. La Clínica consta de 5 quirófanos dotados con equipos de alta tecnología, sala de recuperación, área de admisiones, sala propia para endoscopia/colonoscopia y una central de esterilización.

Especialidades:

- Cirugía de Mano
- Cirugía General
- Cirugía Pediátrica
- Cirugía Plástica – Reconstructiva
- Cirugía vascular Periférica
- Ginecología y Obstetricia
- Maxilofacial
- Neurocirugía
- Oftalmología
- Otorrinolaringología
- Trauma y Ortopedia
- Urología

También, la clínica San Francisco S.A. maneja algunas cirugías de alta complejidad tales como:

**Cirugía Pediátrica - Con técnica de laparoscopia**

- Apendicetomía

## **Neurocirugía**

- Artrodesis de columna con instrumentación
- Resecciones de tumor en cabeza y columna

## **Oftalmología**

- Cirugía de cataratas
- Cirugía de segmento anterior

## **Urología**

- Nefroureterolitotomía endoscópica con láser
- Nefrolitotomía percutánea
- Nefrectomía por laparoscopia

## **Vascular**

- Arteriografía de miembros periféricos.

**Consulta Externa:** El servicio de consulta externa de la Clínica San Francisco presta las especialidades de: (*Anestesiología, Cardiología, Pediatría, Cirugía de Mano, Cirugía General, Cirugía Pediátrica, Cirugía Plástica – Reconstructiva, Cirugía Vascular Periférica, Dermatología, Ginecología y Obstetricia, Medicina Interna, Neurocirugía, Oftalmología, Otorrinolaringología, Pediatría, Psiquiatría, Reumatología, Traumatología y Ortopedia*); actualmente la institución consta con 18 consultorios dotados para brindar un servicio integral.

- **Apoyo Terapéutico**

- Nutrición y Dietética
- Psicología

- **Solicitud de Citas:** El área de Consulta Externa cuenta tres mecanismos por los cuales nuestros Usuarios pueden solicitar citas con Medicina General y Medicina Especializada, los cuales son: Presencial, Telefónico y Página de Internet.

**Cuidado Crítico Adulto:** También conocido por cuidado intensivo, el servicio de cuidado crítico de la Clínica San Francisco esta soportado por médicos de diferentes especialidades y subespecialidades, médicos generales, jefe de enfermería, auxiliares de enfermería y terapeutas físicas y respiratorias entrenados para el manejo del paciente en estado crítico, apoyados por el grupo de soporte nutricional. Dentro de la unidad se manejan diversas patologías, siendo las más frecuentes las relacionadas con problemas cardíacos, pulmonares, neurológicos, cirugía y trauma mayor. Son 23 camas dotadas con equipos biomédicos necesarios para una adecuada vigilancia, seguimiento y estabilización del paciente, además con habitaciones adaptables

para la atención integral del paciente que por su condición médica requiere aislamiento.

**Cuidado Crítico Neonatal:** La Clínica San Francisco dispone de un equipo multidisciplinario conformado por neonatólogo, pediatras, enfermeras, auxiliares de enfermería entrenados y calificados en el manejo del paciente neonatal, brindando atención con calidad, apoyados con tecnología de punta para el monitoreo hemodinámico y respiratorio del paciente, como son: Ventiladores de alta frecuencia, CPAP de burbuja, monitores de signos vitales, percutores, bombas de infusión, fototerapia, incubadoras y servo cuna.

Servicios:

- Fototerapia
- Infusión de surfactante
- Área de cuidado intensivo
- Área de aislamiento
- Área de cuidados básicos
- Monitoria cardiorespiratoria
- Incubadora de transporte
- Ventilador mecánico de transporte neonatal

**Ginecología:** El servicio de Ginecología de la Clínica cuenta con equipo humano altamente calificado, que brinda una atención cálida tanto a la madre como al recién nacido; se cuenta con especialidades como pediatría general, neonatología, perinatología, ginecobstetricia.

**Hospitalización:** El servicio de hospitalización de La Clínica San Francisco está enfocado a la atención cálida y segura, con equipo humano altamente calificado dispuesto a brindar todos los conocimientos y experiencias en pro del mejoramiento de la salud.

La Clínica cuenta con 133 camas distribuidas en los diferentes servicios asistenciales, además de un personal asistencial, administrativo y de apoyo idóneo para el manejo e intervención de los pacientes.

- Hospitalización General
- Hospitalización Pediátrica
- Hospitalización Gineco-obstétrica

La Clínica tiene a disposición 86 camas debidamente dotadas con modernas camas electro mecánicas con control para paciente y equipos biomédicos de alta tecnología, distribuidas en habitaciones unipersonales y compartidas.

**Imagenología:** El servicio de Imágenes diagnósticas de la Clínica consta con equipos de alta tecnología, en los cuales se realizan estudios de Rx, ecografías, escanografía, mamografía e intervencionismo bajo ecografía,

radiología diagnóstica y radiología intervencionista, permitiendo a los médicos tratantes diagnosticar oportunamente enfermedades en los pacientes.

**Laboratorio Clínico:** Este Servicio de la Clínica fue creado para brindar, a los pacientes ambulatorios y hospitalarios, análisis en los exámenes realizado en las áreas de: hematología, química, coagulación, inmunología-hormonas, microbiología, uroanálisis, coproanálisis, pruebas especiales, entre otras. Con equipos de alta tecnología y personal calificado.

**Pediatría:** El área de pediatría de la Clínica San Francisco consta con especialistas en pediatría, personal de enfermería y auxiliares de enfermería entrenado en el manejo de la población pediátrica; se tiene el apoyo de las especialidades en cardiología pediátrica, cirugía pediátrica.

**Salud Mental:** La unidad de salud mental de la Clínica San Francisco, brinda seguridad y atención integral a la persona con enfermedad mental, tiene capacidad de atención hospitalaria para 16 pacientes, se dispone de un equipo multidisciplinario comprometido con el cuidado del enfermo mental, conformado por médicos psiquiatras, psicología, trabajo social, enfermeras y auxiliares de enfermería. Cuenta con habitaciones compartidas e individuales con su respectivo baño, un salón de terapia ocupacional para la realización de actividades lúdicas, donde se le permite al usuario gozar de un espacio de reflexión y esparcimiento.

**Urgencias:** El servicio de Urgencias de la Clínica San Francisco cuenta con un equipo interdisciplinario de profesionales altamente calificados conformado por médicos generales, apoyados por especialistas y subespecialistas, para cubrir las necesidades urgentes de salud de Tuluá y la población del área de influencia.

Servicios que incluye urgencias:

- Sistema de clasificación de pacientes: Triage
- Consulta por Médico General
- Interconsulta por las diferentes Especialidades que la Clínica ofrece
- Apoyo de otras áreas: Terapia Física y Respiratoria
- Procedimientos de urgencia en las diferentes especialidades
- Observación de urgencias hasta 24 horas
- Aplicación de medicamentos enterales especiales para pacientes ambulatorios

### 2.3. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO

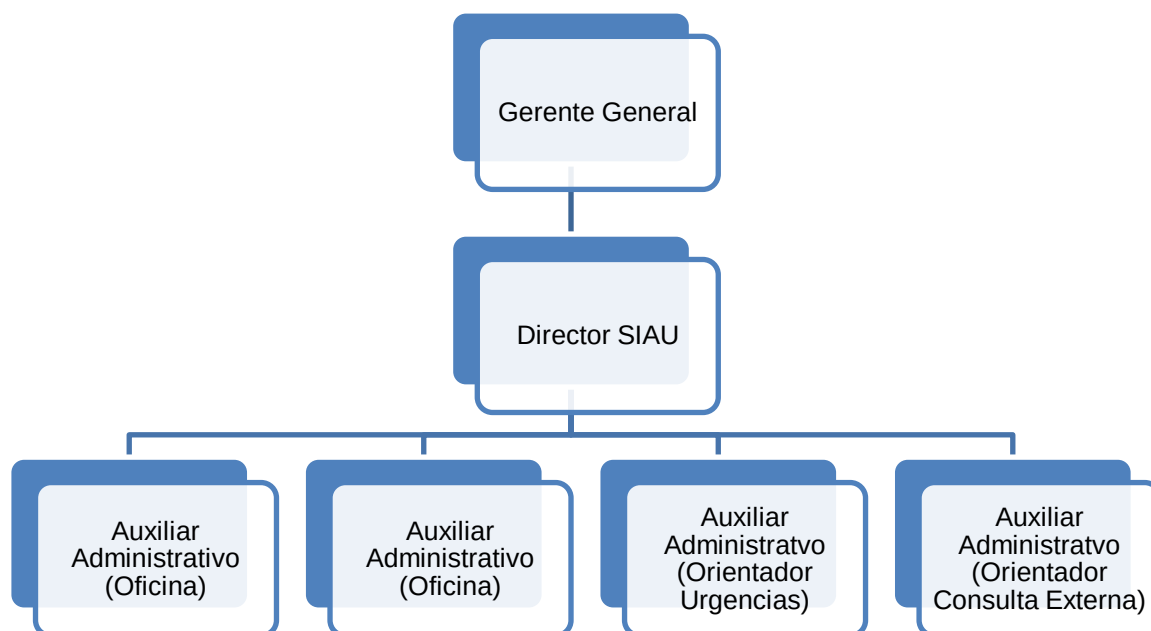
El SIAU, comprendido dentro de los procesos estratégicos, específicamente en el proceso de mejoramiento continuo de la calidad, el cual tiene como objetivo Planificar, documentar e implementar el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad para contribuir al mejoramiento continuo de los procesos, el cumplimiento de la normatividad vigente y el logro de mejores estándares de satisfacción de las necesidades y expectativas de los clientes; y es en esta última parte donde el SIAU protagoniza la tarea.

El Sistema de Información y atención al usuario, en sus inicios “Oficina de Atención al Usuario” fue creado en el año 1998 ante la necesidad de ofrecer un espacio para que los usuarios pudieran expresar sus inconformidades en la atención prestada. Es hasta el año 2010 que cambia su nombre al Sistema de Información y Atención al Usuario – SIAU, el cual por normatividad, hace parte del grupo de procesos que tiene como denominador satisfacer las necesidades individuales, familiares, sociales y comunitarias, agregando valor a la atención clínica prestada, mediante el control de la información y la atención humanizada.

La sede del SIAU se encuentra ubicada en el primer piso del edificio de hospitalización, este cuenta con una oficina, y un personal con una jornada laboral de lunes a viernes comprendida entre las 7:00am – 12:30pm y 2:00pm – 6:00pm; a excepción del Orientador de Urgencias, que tiene una jornada laboral de lunes a viernes de 6:30am – 12:00m y de 2:00pm – 5:30pm, y los días sábados de 7:00 – 10:00am, debido a la naturaleza del servicio y la ronda médica, funcionando como identificador de pacientes y situaciones que se puedan presentar en el día. El recurso humano con el que cuenta el SIAU se conforma de 5 personas con los siguientes cargos y su respectivo organigrama:

- 1 – Directora SIAU.
- 4 – Auxiliares Administrativos:
  - 2 en oficina
  - 1 Orientador Consulta Externa
  - 1 Orientador Urgencias

Figura 7. Organigrama SIAU



Fuente. Elaboración propia

Con este personal, el SIAU realiza sus actividades diarias, que se derivan a partir de los dos procedimientos que tiene el proceso: *Evaluación de la Satisfacción del Usuario* y *la Gestión de Quejas*.

Por un lado el propósito de la *Evaluación De La Satisfacción Del Usuario*, tal como su nombre lo indica es medir los niveles de satisfacción de los usuarios y los atributos del servicio afectados para orientar las acciones de mejora necesarias. Mientras que el procedimiento de *Gestión de Quejas* tiene como objetivo establecer canales de comunicación con el usuario y los funcionarios para estandarizar la recepción, clasificación, tratamiento y respuesta de quejas y sugerencias generadas en el proceso de atención, de tal forma que permita definir planes de mejoramiento enfocados a las necesidades y expectativas de los usuarios.

#### 2.3.1. Evaluación de la satisfacción del usuario

**Alcance:** Este procedimiento aplica para todos los servicios y contactos de la organización con sus clientes institucionales y usuarios individuales.

## **Procedimientos relacionados:**

- Procedimiento: Gestión de Quejas (PR-SIAU-001)...véase el numeral 2.3.2...
- Procedimiento: Producto No Conforme (PR-SGC-005). – Anexo A
- Guía: Determinación de tamaños de muestra para medición de la satisfacción de usuarios (GU-SIAU-002). – Anexo B

## **Desarrollo:**

### **A. Cálculo de la muestra**

De acuerdo con el número de atención y tipo de servicio se calcula una muestra mínima mensual de encuestas de satisfacción para ser diligenciadas. El tamaño de muestra definido para cada servicio de la organización se define en la guía denominada “Determinación de tamaños de muestra para medición de la satisfacción de usuarios” (GU-SIAU-002). El número de encuestas a aplicar en cada servicio debe ser distribuido durante todo el mes, teniendo en cuenta el tamaño de la muestra.

### **B. Distribución de formatos**

Todos los servicios deberán contar con los formatos necesarios de acuerdo con el tamaño de muestra, la solicitud es realizada por el Jefe de Proceso o Servicio y su provisión estará a cargo de la Dirección de Sistemas de Información los 5 primeros días hábiles de cada mes. La distribución de los formatos para su diligenciamiento es responsabilidad de los jefes de proceso o directores de área.

Todos los servicios deben garantizar que se mantienen los formatos vigentes y en las cantidades requeridas para el cumplimiento del tamaño de la muestra.

### **C. Recolección periódica de formatos**

Las encuestas diligenciadas serán entregadas por parte del personal de los servicios, diariamente en la oficina del SIAU.

### **D. Aplicación de encuestas**

Las encuestas aplicadas en los servicios deben ser diligenciadas o dirigidas de forma personal con el fin de asegurar el completo y adecuado diligenciamiento de las mismas.

## **E. Tabulación y consolidación de la información**

La tabulación y consolidación de la información es realizada por el Auxiliar Administrativo - SIAU a medida que se reciben las encuestas.

Esta información es tabulada en un sistema adaptado a las necesidades del proceso, la cual cumple con la parametrización específica y requerida para generar los resultados de satisfacción por cada uno de los procesos.

La Directora del SIAU es la encargada de generar y remitir los informes de la evaluación de la satisfacción a cada uno de los directores o jefes de los servicios o áreas. Con los informes suministrados por el SIAU, los directores o jefes responsables elaboran los análisis y planes de mejora a que haya lugar.

El SIAU realiza un comité mensual donde se llevan los análisis de cada jefe de procesos, se discuten los problemas y se generan las tareas correspondientes enfocadas al mejoramiento de los resultados.

### **2.3.2. Gestión de Quejas**

**Alcance:** Este procedimiento aplica para todas las quejas y sugerencias realizadas por los usuarios y/o funcionarios, generadas en el proceso de atención. Inicia con la recepción de la queja o sugerencia y finaliza con el cierre de la misma.

#### **Procedimientos relacionados**

- Evaluación de la satisfacción del usuario (PR-SIAU-002)... véase el numeral 2.3.1...
- Guía de atributos de calidad (GU-SIAU-001). – Anexo C

#### **Desarrollo:**

### **A. Recepción y radicación de las quejas y sugerencias**

Las quejas y sugerencias pueden ser recibidas a través de:

- Medio Escrito.
- Correo electrónico. Cuando se reciben por este conducto, en las observaciones del formato “Gestión de quejas (F-SIAU-002)” en la parte de anexos se determina así: “Ver correo interno”, se anexa, sin requerir su transcripción.

- Buzón de sugerencias. Para la cual se anexa al formato “Gestión de quejas (F-SIAU-002)”, el formato “Opiniones espontáneas (F-SIAU-008)” diligenciado, sin requerir su transcripción.
- Encuestas de Satisfacción de Usuarios. Para la cual se anexa al formato “Gestión de quejas (F-SIAU-002)”, el formato “Medición de Satisfacción de Usuarios (F-SIAU-001)” diligenciado, sin requerir su transcripción.
- Línea telefónica o personal. Cuando se reciben por este conducto, deben ser transcritas en el formato de gestión de quejas (F-SIAU-002).

Las quejas y sugerencias pueden ser recibidas en cualquier punto de atención y por cualquier funcionario de la organización y luego se deben remitir a la Oficina del SIAU para su radicación, clasificación y asignación.

Cuando las quejas no cuenten con información de quien la interpone y las observaciones y sugerencias son generales e inespecíficas, no se aceptan y por lo tanto no se les da respuesta.

Cualquier funcionario dentro de la organización está en la capacidad de capturar o recibir una queja, para lo cual, en todos los servicios, se debe garantizar la existencia o el acceso al formato “Gestión de Quejas (F-SIAU-002)” vigente.

Las quejas serán radicadas por medio de un número consecutivo precedido por el año en que se presentan, asignado por el personal del SIAU. Las quejas radicadas serán registradas en el formato “Control de Quejas y Reclamos (F-SIAU-004)” por la Secretaria de la oficina del SIAU.

El formato consta de los siguientes campos:

- **Fecha de la queja:** hace referencia al día que sucedieron los hechos.
- **Fecha reporte de la queja:** día en que la queja es recibida en la oficina de atención al usuario.
- **Radicación:** consecutivo que se le da a la queja, el cual es precedido por el año. Ejemplo: (16-001) primera queja.
- **Nombre Paciente.**
- **Identificación del paciente.**
- **Aseguradora del paciente.**
- **Tipo de cliente:** quien interpone la queja (Externo – Interno).
- **Clasificación según su tipo:** (Administrativa, Atención al Usuario, Asistencial).
- **Área donde se presta el servicio:** hace referencia al lugar o proceso donde sucedieron los hechos.
- **Proceso:** es aquel que genera la insatisfacción del cliente.
- **Jefe de proceso asignado:** Responsable del tratamiento.

- **Plazo (Días):** días con los que cuenta el responsable para realizar la investigación y respuesta al SIAU.
- **Fecha de envío de queja:** Fecha en la que se notifica la queja al jefe de proceso asignado.
- **Fecha recibido de queja tratada:** fecha de recibido de la queja en el SIAU
- **Oportunidad gestión:** Se define si cumplió de acuerdo a los plazos establecidos (Cumple – No cumple).
- **Atributo afectado (1 al 12):** atributos de calidad que se afectan cuando una queja es clasificada como tipo “atención al usuario”. (Anexo)
- **Resumen de la queja:** breve descripción de los hechos.
- **Acción urgente:** gestión realizada en el momento de la notificación de la queja en pro de la minimización de la insatisfacción.
- **Respuesta SIAU:** Canal por el que se le generó respuesta al usuario (Escrita – Telefónica).
- **Respuesta EPS:** si se notificó a la EPS de la respuesta. (Si – No).
- **Cierre definitivo:** Fecha del cierre definitivo de las quejas.

## **B. Clasificación y asignación**

Las quejas recibidas deberán ser clasificadas de acuerdo a su categoría: asistenciales, administrativas o de atención al usuario. Esta clasificación es realizada por el personal del SIAU.

Para las quejas clasificadas en la categoría de atención al usuario, se le identificará el atributo de calidad afectado. Ver “Guía de atributos de calidad (GU-SIAU-001)”.

Las quejas son asignadas por el personal del SIAU al Jefe de Proceso responsable de la gestión y se enviará copia por correo electrónico al Jefe del Proceso del servicio donde se originó la queja.

**Ejemplo:** Una queja por aseo identificada en el servicio de urgencias será asignada al Director de Infraestructura quien es el Jefe del proceso de Apoyo a la Prestación del Servicio (servicios generales) y se envía copia a través de correo electrónico al Gerente de Urgencias para el conocimiento respectivo.

## **C. Tratamiento de quejas**

Toda queja que sea aceptada debe ser tratada como tal y se debe dar respuesta a la misma en los plazos establecidos.

Se deben implementar planes de mejoramiento tendientes a prevenir la ocurrencia de nuevos sucesos que afecten la prestación del servicio. Para

dicho tratamiento, el formato “Gestión de quejas (F-SIAU-002)” cuenta con un espacio, pero en caso de no ser suficiente, el análisis y tratamiento debe ser anexado al formato y mencionado en el campo de anexos.

Para todas las quejas relacionadas con la atención médica, la responsabilidad de dar tratamiento y proyección de respuesta al usuario será de las Gerencias y Direcciones Asistenciales (Urgencias, Hospitalización o Cirugía). Dependiendo del caso el Gerente respectivo o la Directora del SIAU podrán solicitar el apoyo de la oficina Jurídica para la respuesta definitiva al usuario.

El plazo para dar respuesta a las quejas clasificadas como administrativas y de atención al usuario será de 5 días hábiles, y las asistenciales de 10 días hábiles contados a partir de la fecha de recepción de la queja por parte del jefe del proceso asignado.

#### **D. Respuesta al usuario**

El SIAU es el responsable de dar respuesta al usuario de la queja interpuesta una vez se le haya realizado el tratamiento por parte del jefe del proceso asignado, esta se podrá realizar por medio escrito, vía telefónica o vía electrónica dejando registro de la gestión.

Los Jefes de Proceso también pueden dar respuesta directamente al usuario, y debe mandar copia de dicha respuesta al SIAU. Cuando se dé respuesta telefónica al usuario, dicha información debe ser registrada en el formato “Registro de respuesta telefónica al usuario (F-SIAU-016)”.

Las acciones y correctivos implementados son informados al usuario, con el objetivo de darle a conocer la importancia de su percepción en el mejoramiento continuo de la prestación del servicio.

#### **F. Cierre de una queja**

Una queja sólo puede darse como cerrada cuando el tratamiento permite darle al usuario una respuesta adecuada y oportuna. El cierre definitivo de una queja es realizado por el SIAU y se realiza diligenciando el espacio dispuesto para ello en el formato “Gestión de quejas (F-SIAU-002)”, y la fecha de realización del cierre.

Cuando en el tratamiento de la queja se implementen acciones correctivas y/o planes de mejora, su cierre definitivo se realizará cuando se cumpla con las mismas y se entregue copia del soporte correspondiente al SIAU. El seguimiento de las acciones será realizado por el Auxiliar Administrativo del

SIAU, en el formato “Seguimiento al Cierre Definitivo de Quejas (F-SIAU-017)”.

### **G. Consolidación de la información y generación de informes**

Los registros que se realicen de manera continua en el formato “Control de quejas (F-SIAU-004)” se consolidarán mensualmente, y serán la base para generar informe a los jefes de procesos.

#### **2.3.3. ACTIVIDADES VARIAS**

Además de los procedimientos ya referenciados, el SIAU realiza actividades conjuntas que propenden a la satisfacción y humanización de los servicios:

- **Asociación de Usuarios:** Por cumplimiento en normatividad, el SIAU es el encargado de formar la asociación de usuarios de la Clínica San Francisco y además generar las reuniones que son llevadas a cabo de manera bimensual, en la cual se presentan los resultados obtenidos por los procesos, así como también información que sea de interés para los usuarios (apertura de servicios, cierre de convenios, entre otros)
- **Campaña “Tapitas”:** Por medio del personal y los usuarios se hace recolección constante de tapas de botellas de plástico, las cuales son organizadas y enviadas a la Fundación Sanar en la ciudad de Pereira la cual está encargada de cuidar y tratar a más de 40 niños con cáncer.
- **Campaña “Dejando Huella”:** Recolección periódica de insumos de cuidado, aseo personal y ropa, con el fin de tener un stock y poder brindar el apoyo a familias y pacientes que lo necesiten.
- **Felicitaciones al personal:** Por medio de las encuestas, se canaliza la información del personal que ha sido felicitado por los usuarios, por destacarse dentro de la atención.

### **3. DIAGNOSTICO DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO (SIAU)**

La realización de un diagnostico implica conocer detalladamente las actividades, procedimientos o procesos de una empresa, proyecto o área específica; como se ha mencionado a lo largo del presente trabajo, el objeto de estudio es el proceso del SIAU de la Clínica San Francisco.

Las herramientas a utilizar y sus objetivos dentro del presente diagnostico son:

- Lista de chequeo: Identificar problemas en el área y encontrar posibles soluciones o la detección de oportunidades de mejora.
- Árbol de Problemas: facilita la identificación y organización de las causas y consecuencias de un problema.
- Benchmarking: analizar otras empresas u organizaciones, por medio de los factores claves de éxito y aprender de ellas por medio de una comparación o referenciación. En este caso se analizaran los SIAU de otras instituciones.
- DOFA: muestra con claridad cuáles son las debilidades, oportunidades, fortalezas y amenazas, de un proyecto, una empresa o un área específica que al tenerlos claros, da una visión global e integral de la verdadera situación.
- Análisis de brechas: Comparar las expectativas de un ofrecimiento de servicio con la experiencia real que un cliente tiene con el servicio.

#### **3.1. LISTA DE CHEQUEO**

La lista de cheque se elaboró con los ítems que por cumplimiento a la normatividad, debe tener el SIAU para su operación y algunos estándares de certificación. El número de ítems evaluado fue de 36, la lista de cheque consta de tres criterios: (C) = Cumple – (CP) Cumple Parcialmente – (NC) No Cumple; y una casilla de observación.

Tabla 8. Lista de Cheque SIAU

| Nº | ELEMENTOS                                                             | C | CP | NC | JUSTIFICACIÓN DEL CRITERIO DADO                                                                                                                                   | OBSERVACIÓN                                                                        |
|----|-----------------------------------------------------------------------|---|----|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | La institución cuenta con el proceso de quejas y reclamos             | X |    |    | Se cuenta con un procedimiento llamado "Gestión de Quejas" (PR-SIAU-001)                                                                                          |                                                                                    |
| 2  | La institución cuenta con un área de recepción de las quejas          | X |    |    | Se tiene un área destinada en la entrada principal del edificio de hospitalización                                                                                | El espacio físico, en ocasiones no es suficiente para la atención de los usuarios. |
| 3  | La recepción se realiza por medio de llamada.                         | X |    |    | Las quejas son recibidas por cualquier canal de comunicación (Teléfono, carta, correo, verbal)                                                                    |                                                                                    |
| 4  | La recepción se realiza por medio escrito                             | X |    |    | Las quejas son recibidas por cualquier canal de comunicación (Teléfono, carta, correo, verbal)                                                                    |                                                                                    |
| 5  | La recepción se realiza por medio verbal                              | X |    |    | Las quejas son recibidas por cualquier canal de comunicación (Teléfono, carta, correo, verbal)                                                                    |                                                                                    |
| 6  | Tiene la institución un formato establecido para diligenciar la queja | X |    |    | Se cuenta con un formato para diligenciar la queja (F-SIAU-001)                                                                                                   |                                                                                    |
| 7  | Las quejas son archivadas                                             | X |    |    | Se tiene una matriz de control de registros donde especifica el tiempo de retención en oficina y el tiempo de retención en el archivo general de la organización. |                                                                                    |
| 8  | La queja es analizada previo a la entrega de la respuesta al usuario  | X |    |    | La Directora del SIAU realiza la "Evaluación de la Conformidad de la respuesta".                                                                                  |                                                                                    |

Tabla 8. Lista de Cheque SIAU (continuación)

| Nº | ELEMENTOS                                                                                                  | C | CP | NC | JUSTIFICACIÓN DEL CRITERIO DADO                                                                                                                                                                         | OBSERVACIÓN                                                                                                            |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|----|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 9  | Se hacen partícipes a los funcionarios implicados en la queja                                              |   | X  |    | Los jefes de proceso solicitan la versión del funcionario.                                                                                                                                              | En ocasiones el jefe de proceso realiza toda la gestión y no involucra a la persona implicada.                         |
| 10 | La institución cuenta con un sistema de medición de la conformidad del usuario con la respuesta a la queja |   | X  |    | Solamente las respuestas vía telefónica tienen esta retroalimentación.                                                                                                                                  | Las que son respondidas con cartas no se le hace seguimiento al usuario con respecto a la conformidad de la respuesta. |
| 11 | Las quejas se clasifican según el tipo                                                                     | X |    |    | Se tienen tres clasificaciones (Asistencial - Administrativa - Atención al Usuario)                                                                                                                     | Se podría empezar a clasificar las quejas relacionadas con la humanización.                                            |
| 12 | Se tiene establecido un tiempo mínimo y máximo para dar respuesta a la queja.                              |   | X  |    | El procedimiento establece unos tiempos límites para analizar la queja. 5 días las quejas clasificadas como <i>Administrativas</i> - <i>Atención al Usuario</i> 10 días para las <i>Asistenciales</i> . | No se cuenta con una fecha límite de respuesta al usuario.                                                             |

Tabla 8. Lista de Cheque SIAU (continuación)

| Nº | ELEMENTOS                                                                                                                                                 | C | CP | NC | JUSTIFICACIÓN DEL CRITERIO DADO                                                                                                                                                                                                                                                                           | OBSERVACIÓN                                                                                         |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|----|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 13 | Se genera un plan de mejoramiento para intervenir el problema detectado mediante la queja interpuesta (verificar los planes de mejoramiento documentados) | X |    |    | Las quejas que por su naturaleza necesitan de un plan de mejoramiento o acción correctiva, es llevada a la matriz de "Control de Planes de Seguimiento y Acciones Correctivas" y se envía un correo semanalmente a los jefes de proceso con actividades pendientes para el cierre definitivo de la queja. | Los planes no se cumplen a cabalidad, teniendo que hacer cierres administrativos.                   |
| 14 | Los planes de mejoramiento son socializados con los funcionarios de cada área.                                                                            | X |    |    | Se socializa en reuniones del área, por medio de correo interno o en la intranet de la institución.                                                                                                                                                                                                       | En ocasiones no se informa a tiempo de los cambios realizados.                                      |
| 15 | Existe en la institución cartelera del SIAU                                                                                                               |   | X  |    | Se cuentan con carteleras en los diferentes servicios.                                                                                                                                                                                                                                                    | No hay una cartelera específica del SIAU.                                                           |
| 16 | Se divulga en cartelera de usuarios los planes de mejoramiento implementados en la institución como resultado de la gestión de sus quejas                 |   |    | X  | Los planes de mejora son socializados con los jefes de proceso que a su vez despliegan la información a sus colaboradores.                                                                                                                                                                                | Solo se socializa por la llamada telefónica al usuario quejoso.                                     |
| 17 | Se tienen establecidos indicadores específicos para el área                                                                                               | X |    |    | Se cuenta con cuatro indicadores (Grado de satisfacción del usuario - # de quejas - % de quejas con gestión oportuna - % de cumplimiento al plan de capacitación).                                                                                                                                        | El indicador de (% de cumplimiento al plan de capacitación) no es alimentado por ninguna actividad. |

Tabla 8. Lista de Cheque SIAU (continuación)

| Nº | ELEMENTOS                                                                     | C | CP | NC | JUSTIFICACIÓN DEL CRITERIO DADO                                                                                                                                                                    | OBSERVACIÓN                                                                        |
|----|-------------------------------------------------------------------------------|---|----|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                                                                               |   |    |    |                                                                                                                                                                                                    | Se debe crear un indicador para medir el proceso de humanización.                  |
| 18 | Se tienen establecidos los tiempos de análisis de los indicadores             |   | X  |    | Desde el SGC se tiene establecido como fecha límite de análisis a los indicadores el tercer martes del mes.                                                                                        | Estos tiempos no son cumplidos por la gran mayoría de procesos.                    |
| 19 | La institución cuenta con el proceso de evaluación de satisfacción al usuario | X |    |    | Se cuenta con un procedimiento llamado "Evaluación de la Satisfacción del Usuario" (PR-SIAU-002)                                                                                                   |                                                                                    |
| 21 | La institución cuenta con un área de recepción del usuario                    | X |    |    | Se tiene un área destinada en la entrada principal del edificio de hospitalización llamada "Oficina de Atención al Usuario" al igual hay Orientadores de servicio en Consulta Externa y Urgencias. | Los servicios Hospitalarios y quirúrgicos no cuentan con orientadores de servicio. |
| 22 | Se realizan encuestas de satisfacción a los usuarios                          | X |    |    | Se realizan en todos los servicios, tanto hospitalarios como ambulatorios.                                                                                                                         |                                                                                    |
| 23 | Se realizan encuestas de forma escrita                                        | X |    |    | En la gran mayoría de servicios es de forma escrita.                                                                                                                                               |                                                                                    |
| 24 | Se realizan encuestas de forma telefónica                                     |   | X  |    | Solo el servicio de Urgencias y Consulta Prioritaria realiza las encuestas telefónicas.                                                                                                            |                                                                                    |

Tabla 8. Lista de Cheque SIAU (continuación)

| Nº | ELEMENTOS                                                                                                                                       | C | CP | NC | JUSTIFICACIÓN DEL CRITERIO DADO                                                                                                                                                             | OBSERVACIÓN                                                                                                                                                            |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|----|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 25 | La institución cuenta con un sistema de medición y tabulación de las encuestas realizadas.                                                      | X |    |    | Se cuenta con un sistema especializado para la tabulación de la encuesta                                                                                                                    |                                                                                                                                                                        |
| 26 | Se tienen establecida la muestra a analizar (número de encuestas a realizar )                                                                   | X |    |    | Se cuenta con una guía "Determinación de tamaños de muestra para medición de satisfacción" (GU-SIAU-002)                                                                                    |                                                                                                                                                                        |
| 27 | Se genera un plan de mejoramiento para intervenir los problemas e inquietudes de los usuarios detectado mediante las encuestas de satisfacción  | X |    |    | En el comité del SIAU llevado a cabo cada mes, se analizan los resultados obtenidos con respecto al mes anterior para generar las acciones correctivas o planes de mejora que tengan lugar. | Se está realizando desde el mes de enero de 2016.                                                                                                                      |
| 28 | Los planes de mejoramiento son socializados con los funcionarios de cada área.                                                                  |   | X  |    | Se socializa el resultado de cada uno de los procesos y sus servicios involucrados.                                                                                                         | Los detalles son conocidos únicamente por los jefes de proceso.                                                                                                        |
| 29 | Se divulga en cartelera de usuarios los planes de mejoramiento implementados en la institución como resultado de las encuestas de satisfacción. |   |    | X  | Los planes de mejora que surgen de la información de las encuestas no se socializan en carteleras.                                                                                          | Por lo general son llevados a cabo por los jefes de proceso realizando los ajustes pertinentes e informando únicamente de los cambios, más no lo que motivo el cambio. |
| 31 | La institución cuenta con el proceso de información al usuario.                                                                                 |   |    | X  | No se cuenta con dicho proceso en la institución.                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                        |

Tabla 8. Lista de Cheque SIAU (continuación)

| Nº | ELEMENTOS                                                                                                                                             | C | CP | NC | JUSTIFICACIÓN DEL CRITERIO DADO                                                                                                   | OBSERVACIÓN                                                                                                           |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|----|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 33 | Se cuenta con un funcionario que de la información a los usuarios del servicio.                                                                       |   | X  |    | Hay orientadores de servicio en Consulta Externa y Urgencias.                                                                     | Los servicios Hospitalarios y quirúrgicos no cuentan con orientadores de servicio.                                    |
| 34 | La institución cuenta con instructivos sobre los requisitos para los diferentes exámenes y procedimientos que se realizan en la institución.          | X |    |    | Se tienen implementados folletos informativos para procedimientos y exámenes que requieren preparación.                           |                                                                                                                       |
| 35 | Se presenta de forma visible la información en cartelera de horarios establecidos.                                                                    | X |    |    | Los horarios se encuentran en cada una de las entradas de los servicios de la institución.                                        |                                                                                                                       |
| 36 | El usuario conoce sus deberes y derechos.                                                                                                             |   | X  |    | Se tiene un folleto establecido para socializar los derechos y deberes.                                                           | No se cuenta con un proceso de educación al usuario donde se le expliquen.                                            |
| 37 | Se realizan planes de mejoramiento para intervenir los problemas detectados por mala interpretación o deficiencias de la información de los usuarios. |   | X  |    | Por medio de los procedimientos ya establecidos se realizan los planes de mejora necesarios.                                      | Debido a que no se cuenta con un indicador no es posible saber con certeza las principales falencias en comunicación. |
| 38 | Se tiene definido indicador específico para medir la calidad de la información que recibe los usuarios.                                               |   |    | X  | No se cuenta con este indicador.                                                                                                  |                                                                                                                       |
| 39 | Se socializa los planes de mejoramiento de información al usuario                                                                                     |   | X  |    | Cuando se realizan cambios que tiene que ver directamente con la información del usuario es socializado por medio de la intranet. | La información en ocasiones no llega a tiempo ocasionando desinformación al usuario.                                  |

Fuente. Elaboración propia.

Los resultados obtenidos con la aplicación de la lista de chequeo fueron:

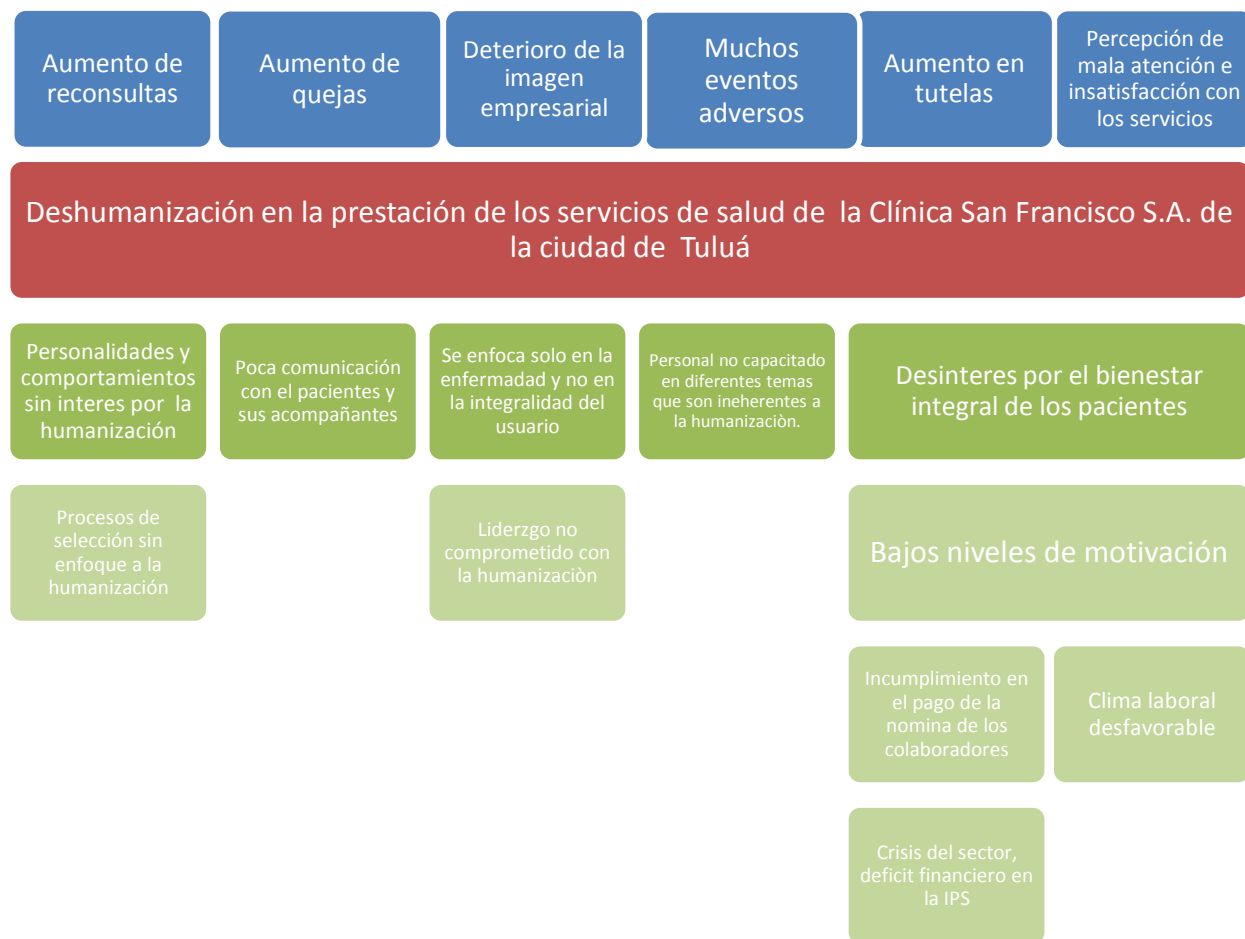
- El 58% de los ítems evaluados **Cumplen** con los estándares y la normatividad vigente.
- El 31% **Cumple Parcialmente** lo que quiere decir que se deben hacer algunos ajustes en estos ítems, pero se está realizando indirectamente por medio de otra actividad.
- **No cumplen** con un 11%, lo que se traduce a que 4 de los 36 ítems no se están realizando entre los que se encuentran:
  - Se divulga en cartelera de usuarios los planes de mejoramiento implementados en la institución como resultado de la gestión de sus quejas.
  - Se divulga en cartelera de usuarios los planes de mejoramiento implementados en la institución como resultado de las encuestas de satisfacción.
  - La institución cuenta con el proceso de información al usuario.
  - Se tiene definido indicador específico para medir la calidad de la información que recibe los usuarios.

Con esta herramienta se logró identificar las actividades y funciones que se deben crear y ajustar prioritariamente, para que el proceso cumpla a cabalidad.

### 3.2. ÁRBOL DE PROBLEMAS

El árbol de problemas, el cual en su tronco (color rojo) lleva el problema en cuestión, en sus raíces (color verde) lleva las causas que alimentan el problema y en sus hojas (color azul) lleva los efectos que se producen.

Figura 8. Árbol de Problemas



Fuente. Elaboración propia

Figura. 9 Árbol de objetivos



Fuente. Elaboración propia

Una vez culminado el árbol de problemas, será utilizado en el plan de mejoramiento como insumo para la generación de ideas y actividades nuevas que se puedan emprender partiendo de las causas que ocasionan la deshumanización del servicio, sabiendo que algunas no son de orden de mejora de la Clínica, por ejemplo la crisis del sector, pero que de alguna manera se deben generar alternativas para mitigar estos impactos en los colaboradores y en la prestación de los servicios.

### 3.3. BENCHMARKING

Se llevará a cabo con tres entidades pertenecientes al sector salud pero con particularidades distintas, tal como se expone a continuación:

- sector público (Hospital San Bernabé).
- Líder del Mercado (Fundación Valle de Lili).
- competencia directa geográfica (Clínica María Ángel).

Esta herramienta servirá como comparación o referenciación del proceso estudiado, en otras entidades, su operatividad, actividades y demás; por medio de los factores claves de éxito, en este caso del proceso del SIAU. Los factores escogidos son:

- Apoyo de la alta gerencia
- Presencia de un líder en el proyecto
- Comunicación efectiva
- Grado de cooperación interdepartamental
- Estandarización y disciplina en los procedimientos de implantación
- Estrategias de desarrollo
- Calidad del servicio
- Talento humano capacitado
- Tecnología
- Cultura Empresarial

### 3.3.1. Caracterización de las empresas comparables por medio de los factores claves de éxito.

Tabla 9. Caracterización – Benchmarking – Factor 1

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Apoyo de la alta gerencia:</b> Grado en el que la alta gerencia está comprometido con las actividades, proyectos y demás, aportando recursos tanto físicos como intelectuales en pro del cumplimiento del objetivo del proceso                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Clínica San Francisco</b>                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>Hospital San Bernabé</b>                                                                                                                                                                                                                                                 |
| La Gerencia General de la Clínica San Francisco tiene una fuerte confianza en la Dirección del SIAU, sus procedimientos y equipo de trabajo, delegando el liderazgo en el proceso de humanización. No hay un presupuesto destinado para las actividades y a veces los recursos son más que limitados. | La gerencia del Hospital San Bernabé genera espacios para que, con el SIAU, se implementen planes de mejora, cumplimiento de resultados y posibles acciones correctivas con el fin de que el área cumpla con las metas pactadas dentro del cumplimiento de la normatividad. |
| <b>Fundación Valle de Lili</b>                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>Clínica María Ángel</b>                                                                                                                                                                                                                                                  |
| La Gerencia de la Fundación Valle de Lili se encuentra totalmente comprometida con este proceso, la destinación de recursos tanto financieros como humanos hacen que cuenten con un gran equipo de trabajo y más de 15 personas hacen parte del equipo de trabajo.                                    | Su nivel de preocupación por este proceso es el requerido por la normatividad. Con una sola persona al frente del proceso y bajo interés en las actividades hacen que sea una debilidad dentro de la Clínica María Ángel.                                                   |

Fuente. Elaboración propia

Tabla 10. Caracterización – Benchmarking – Factor 2

|                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Presencia de un líder en el proyecto:</b> Los colaboradores reconocen a la persona líder del proyecto, la respetan por sus conocimientos y comparte los valores y políticas de la empresa y su proceso.        |                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Clínica San Francisco</b>                                                                                                                                                                                      | <b>Hospital San Bernabé</b>                                                                                                                                                                                  |
| La Dra. Martha Lucía Vergara Directora del SIAU, es de profesión psicóloga lo cual le permite conocer su personal, la forma de orientarlo y conseguir los resultados. El equipo de trabajo reconoce su liderazgo. | El SIAU del HSB consta de un coordinador de área, el Ingeniero Fabián Jiménez, el cual está encargado de todas las actividades que se desarrollan en el área y su debido trámite. Su liderazgo es operativo. |
| <b>Fundación Valle de Lili</b>                                                                                                                                                                                    | <b>Clínica María Ángel</b>                                                                                                                                                                                   |
| La Jefe del proceso cuenta con 2 supervisores de campo, debido a la gran área con la que cuenta la organización, que se encargan de controlar y apoyar los orientadores que hay en cada piso y/o servicio.        | Una sola persona maneja los procedimientos del SIAU lo que no permita la generación de innovaciones y demás actividades que agreguen valor al proceso. Se hace lo que se encuentra en la normatividad.       |

Fuente. Elaboración propia

Tabla 11. Caracterización – Benchmarking – Factor 3

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Comunicación efectiva:</b> Es el grado en el que se utilizan las habilidades técnicas para hacerlo mejor, de saber interactuar de una manera eficiente y sobre todo, en tratar de crear una buena y excelente relación con las demás personas.                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Clínica San Francisco</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>Hospital San Bernabé</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| El entrenamiento que brinda la Dirección del SIAU para el manejo de situaciones con los clientes, generan una apropiación del cargo, las palabras y la normatividad, pudiendo orientar a los usuarios que se acercan por información o insatisfacción, y generar mejores condiciones para el diálogo y la satisfacción. | El SIAU del HSB por medio de la ventanilla única de la institución, tiene comunicación directa con cada área del hospital, de esta manera también, maneja un sistema de comunicación permanente con los usuarios con el fin de tener seguimiento a las PQRS. El conocimiento de la clínica por parte del coordinador es pieza fundamental para la comunicación efectiva. |
| <b>Fundación Valle de Lili</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>Clínica María Ángel</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Los colaboradores de esta institución realizan un entrenamiento de 3 meses en todos los temas de humanización, comunicación e información, lo que hace que tomen la suficiente experiencia para abordar a los usuarios de manera empática y efectiva.                                                                   | El entrenamiento de la persona encargada del SIAU no es el mejor, por lo que la comunicación se torna difícil, tanto en la comprensión como en la entrega de la misma.                                                                                                                                                                                                   |

Fuente. Elaboración propia

Tabla 12. Caracterización – Benchmarking – Factor 4

| <b>Grado de cooperación interdepartamental:</b> Es el nivel de ayuda y empatía entre los procesos, estratégicos, misionales y de apoyo.                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Clínica San Francisco</b>                                                                                                                                                                                                     | <b>Hospital San Bernabé</b>                                                                                                                                                                                                                |
| El SIAU cuenta con gran apoyo por parte de las áreas, pues se caracteriza por la solidaridad con los compañeros y el apoyo en diferentes situaciones. "El favor nunca es personal, siempre es la voz del usuario".               | El SIAU del HSB tiene conexión directa con gran parte de la organización, este lleva un control estricto por calidad y control interno y es medida por ventanilla Única, la idea es brindar de la mejor manera apoyo a los demás procesos. |
| <b>Fundación Valle de Lili</b>                                                                                                                                                                                                   | <b>Clínica María Ángel</b>                                                                                                                                                                                                                 |
| Es una empresa con ACREDITACIÓN CON GRADO DE EXCELENCIA, la máxima categoría para una institución acreditada por el Icontec, lo que demuestra su total sincronía de procesos y su seriedad en la cooperación interdepartamental. | Funciona a través de la queja, para la gestión y la cooperación de otra área se tiene que entregar una queja formal con la petición para que sea tramitada y solucionada.                                                                  |

Fuente: Elaboración propia

Tabla 13. Caracterización – Benchmarking – Factor 5

| <b>Estandarización y disciplina en los procedimientos de implantación:</b> Los procedimientos de los procesos son llevado a cabo con los lineamientos estipulados desde el SGC.                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Clínica San Francisco</b>                                                                                                                                                                                                                     | <b>Hospital San Bernabé</b>                                                                                                                                                                                                                                         |
| El uso de los procedimientos del SGC si es cumplido por parte del SIAU, pero al ser un proceso transversal en la organización, depende de la gestión de los demás proceso lo que ocasiona incumplimiento en los tiempos e indicadores.           | El proceso que SIAU en el HSB se rige bajo las políticas de calidad, a su vez, control interno maneja todos los lineamientos de las actividades que realiza el SIAU.                                                                                                |
| <b>Fundación Valle de Lili</b>                                                                                                                                                                                                                   | <b>Clínica María Ángel</b>                                                                                                                                                                                                                                          |
| La rigurosidad de las tareas y el control por parte del jefe de proceso, hacen que se enmarquen dentro de la perfección como proceso, sus procedimientos de cumplimiento por normatividad y algunos por brindar mayor valor agregado al cliente. | Al no contar con un SGC el desorden en los procedimientos, actividades y demás es mucho. La no estandarización de los tiempos, formatos y lineamientos hacen que se tengan muchos reprocesos y perdida de información, en ocasiones no se da respuesta año usuario. |

Fuente. Elaboración propia

Tabla 14. Caracterización – Benchmarking – Factor 6

| <b>Estrategias de desarrollo:</b> Grado en el que el proceso propende por diversificar sus procedimientos y brindar un valor agregado.                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Clínica San Francisco</b>                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>Hospital San Bernabé</b>                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Se han generado diversas actividades al interior de la oficina con impacto en las demás áreas, "Campaña de humanización" "Tapitas SANAR" "Dejando Huella" son actividades en pro del beneficio de los usuarios y colaboradores, para generar impactos positivos en la atención. | Actualmente, la oficina de Control interno y La coordinación de calidad del HSB junto al SIAU están en el proceso de implementar el acompañamiento continuo a los usuarios de la institución, el cual trata de brindar una ayuda permanente a las personas que reciben los servicios de la institución. |
| <b>Fundación Valle de Lili</b>                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>Clínica María Ángel</b>                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Con actividades como la noche rosada, humanización ya varios años de trabajo, donación de sangre y otros servicios reconocidos y que trascienden a brindar mayor satisfacción a los usuarios.                                                                                   | Son casi nulas.                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

Fuente. Elaboración propia

Tabla 15. Caracterización – Benchmarking – Factor 7

| <b>Calidad del servicio:</b> Grado en el que los servicios ofrecidos por la institución/proceso satisfacen y/o exceden las expectativas de los usuarios.                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Clínica San Francisco</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>Hospital San Bernabé</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| La alta demanda que tiene la institución hace que sus servicios se colapsen, con largos tiempos de espera en urgencias y citas de consulta externa a más de un mes, son agravantes en la percepción de calidad del servicio. Desde el SIAU se trata de brindar solución a la insatisfacción, con el fin de mejorar la percepción de la atención. | Al ser un hospital de primer nivel cuenta con una alta demanda de situaciones pormenores.<br>El SIAU del HSB es una de las áreas más visitadas y de las cuales el usuario sale más agradecido, dado a que el personal se encarga de hacer lo necesario para cumplir con la expectativa de quien lo visita. |

Tabla 15. Caracterización – Benchmarking – Factor 7 (continuación)

| Fundación Valle de Lili                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Clínica María Ángel                                                                                                                                                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Estos son algunos de los reconocimientos que evidencian la calidad en los servicios de esta institución.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Acreditación con grado de excelencia.</li> <li>- La Fundación Valle del Lili recibió el pasado 10 Mayo de 2012 el Galardón Nacional Hospital Seguro por parte de la Asociación Colombiana de Clínicas y Hospitales.</li> <li>- Según el Ranking de Hospitales y Clínicas más importantes del 2012 de la Revista América Economía, la Fundación Valle del Lili ocupó el 2° puesto a nivel Nacional y 7° a nivel Latinoamericano.</li> <li>- Médicos investigadores de la Fundación han realizado 55 publicaciones en revistas científicas nacionales e internacionales y han sido reconocidos con 9 premios a la calidad de los trabajos de investigación en diferentes congresos llevados a cabo dentro y fuera del país.</li> <li>- El Banco de Sangre de la Fundación Valle del Lili ocupó el 1er Puesto en el VII Congreso Colombiano y VI Simposio Andino de Bancos de Sangre y Medicina Transfusional, por el programa "Voceros de Vida", en el que se promociona la donación dentro de la institución.</li> <li>- La implementación en la Institución de SAP, un software de administración de negocios, fue considerada como caso de éxito por la Organización SAP a nivel mundial, constituyéndose en el proyecto de tecnología más importante del sector salud en América Latina de los últimos años.</li> </ul> | <p>El reconocimiento d de la empresa en el mercado, hace que su calidad se vea deteriorada, el no contar con una certificación finalmente se traduce en una desventaja competitiva.</p> |

Fuente. Elaboración propia

Tabla 16. Caracterización – Benchmarking – Factor 8

| <b>Talento humano capacitado:</b> Personal cualificado para llevar a cabo una tarea                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Clínica San Francisco</b>                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>Hospital San Bernabé</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| La Directora lleva más de 14 años en la institución, lo que le da gran liderazgo y conocimiento de los procesos y sus gestiones. Por otro lado los auxiliares administrativos son estudiantes universitarios que llevan en promedio 2 años en el cargo, con gran madurez en sus tareas. | El SIAU del HSB actualmente está a cargo del señor Fabián Jiménez, un ingeniero con vasta experiencia en atención al cliente y manejo del personal, por tanto es la persona idónea para llevar a cabo las actividades de requiere el SIAU. En cuanto a los temas de humanización el enfoque es muy poco porque el tema aún no es tocado en la organización. |
| <b>Fundación Valle de Lili</b>                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>Clínica María Ángel</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Cuentan con un programa de capacitación continua, lo que genera que los colaboradores estén en constante actualización de sus conocimientos y lo apliquen en el quehacer diario de la organización, viéndose reflejado en la satisfacción de los usuarios.                              | Las capacitaciones llevadas a cabo son las exigidas por la normatividad, no hay un enfoque hacia la humanización lo cual genera que las capacitaciones hacia este tema sean muy mínimas.                                                                                                                                                                    |

Fuente. Elaboración propia

Tabla 17. Caracterización – Benchmarking – Factor 9

| <b>Tecnología:</b> recurso tecnológico inmerso dentro del proceso.                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Clínica San Francisco</b>                                                                                                                                                                                           | <b>Hospital San Bernabé</b>                                                                                                                                                                           |
| Equipos de cómputo, un sistema de tabulación son las herramientas con las que cuenta el SIAU para gestión de su proceso.                                                                                               | La oficina del SIAU posee los implementos necesarios para el trámite de las PQRS que interponen los usuarios. Además también el cumplimiento de realizar el acompañamiento permanente a los usuarios. |
| <b>Fundación Valle de Lili</b>                                                                                                                                                                                         | <b>Clínica María Ángel</b>                                                                                                                                                                            |
| La utilización de medios de comunicación como radioteléfonos y tabletas, hacen que puedan contar con mucha información desde su locación. Cada uno en su piso correspondiente cuenta con un equipo de esta naturaleza. | Un equipo de cómputo en donde se genera toda la información es el único recurso tecnológico utilizado para la gestión del proceso.                                                                    |

Fuente. Elaboración propia

Tabla 18. Caracterización – Benchmarking – Factor 10

| <b>Cultura Empresarial:</b> Cultura, costumbres y tradiciones de la organización en comparación con la variable de estudio. (Humanización)                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Clínica San Francisco</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>Hospital San Bernabé</b>                                                                                                                                                                                              |
| El mal clima laboral generado por los retrasos de nóminas y liderazgos negativos dentro de la organización hacen que entrar en una cultura de humanización sea dispendioso, pues la sensibilización del colaborador es tarea a largo plazo y constancia. Por otro lado la Gerencia apoya incondicionalmente el proceso y trabaja en la generación de esta cultura. | El SIAU es una oficina pequeña, pero tiene en el área tres personas, estas manejan una jerarquización por tareas, la cual ayuda a manejar de manera eficiente las actividades y tener un ambiente organizacional óptimo. |
| <b>Fundación Valle de Lili</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>Clínica María Ángel</b>                                                                                                                                                                                               |
| Se tiene adoptada una cultura de humanización, un proceso que han llevado duran más de 5 años y que hasta ahora está dando sus frutos. La selección del personal es base fundamental en la consolidación de una cultura, los procesos de inducción e ingreso a la organización.                                                                                    | Una cultura empresarial con poco interés hacia las necesidades del usuario y más hacia el cumplimiento de las tareas técnicas.                                                                                           |

Fuente. Elaboración propia

### 3.3.2. MPC – Matriz del perfil competitivo.

A continuación se ilustra la matriz de perfil competitivo dentro del proceso de benchmarking propuesto para el proyecto, en este caso los factores claves o críticos que se usaran para dicho análisis se relacionan a continuación:

- Apoyo de la alta gerencia
- Presencia de un líder en el proyecto
- Comunicación efectiva
- Grado de cooperación interdepartamental
- Estandarización y disciplina en los procedimientos de implantación
- Estrategias de desarrollo
- Calidad del servicio
- Talento humano capacitado
- Tecnología
- Cultura Empresarial

Por consiguiente se les pondera de manera que cada factor quede con un peso relativo de acuerdo a su importancia y así compararla con las demás empresas. Para finalizar cada empresa termina con un valor el cual se refiere a la calificación que se le brinda con relación al factor que se estudia, este será medido entre 1(corresponde a un mal desempeño) y 4 (corresponde a un buen desempeño), y un valor sopesado el cual se refiere al producto del porcentaje del peso de cada factor por el valor de cada empresa. De esta manera surge la siguiente matriz:

Tabla 19. MPC – Factores claves de éxito

| Factores Claves de éxito del SIAU                                  | Peso        |             | Clínica San Francisco |                | Hospital San Bernabé |                | Fundación Valle de Lili |                | Clínica María Ángel |                |
|--------------------------------------------------------------------|-------------|-------------|-----------------------|----------------|----------------------|----------------|-------------------------|----------------|---------------------|----------------|
|                                                                    |             |             | Valor                 | Valor sopesado | Valor                | Valor sopesado | Valor                   | Valor sopesado | Valor               | Valor sopesado |
| Apoyo de la alta gerencia                                          | 12%         | 0,12        | 4                     | 0,48           | 4                    | 0,48           | 4                       | 0,48           | 2                   | 0,24           |
| Presencia de un líder en el proyecto                               | 11%         | 0,11        | 4                     | 0,44           | 3                    | 0,33           | 4                       | 0,44           | 2                   | 0,22           |
| Comunicación efectiva                                              | 12%         | 0,12        | 4                     | 0,48           | 3                    | 0,36           | 4                       | 0,48           | 2                   | 0,24           |
| Grado de cooperación interdepartamental                            | 10%         | 0,10        | 3                     | 0,3            | 2                    | 0,2            | 4                       | 0,4            | 2                   | 0,2            |
| Estandarización y disciplina en los procedimientos de implantación | 10%         | 0,10        | 2                     | 0,2            | 4                    | 0,4            | 4                       | 0,4            | 1                   | 0,1            |
| Estrategias de desarrollo                                          | 12%         | 0,12        | 2                     | 0,24           | 1                    | 0,12           | 4                       | 0,48           | 1                   | 0,12           |
| calidad del servicio                                               | 10%         | 0,10        | 3                     | 0,3            | 3                    | 0,3            | 4                       | 0,4            | 2                   | 0,2            |
| Talento humano capacitado                                          | 8%          | 0,08        | 2                     | 0,16           | 2                    | 0,16           | 4                       | 0,32           | 2                   | 0,16           |
| Tecnología                                                         | 10%         | 0,10        | 2                     | 0,2            | 1                    | 0,1            | 4                       | 0,4            | 1                   | 0,1            |
| Cultura Empresarial                                                | 5%          | 0,05        | 2                     | 0,1            | 1                    | 0,05           | 4                       | 0,2            | 1                   | 0,05           |
| <b>Total</b>                                                       | <b>100%</b> | <b>1,00</b> |                       | <b>2,9</b>     |                      | <b>2,5</b>     |                         | <b>4</b>       |                     | <b>1,63</b>    |

Fuente. Elaboración propia.

Con la Matriz de perfil competitivo ya terminada y ponderada, se procede a realizar los radares de valor y valor sopesado con el fin de determinar que empresas están en desigualdad, que competidores tienen mayor fuerza y cuáles no, en relación con los factores clave de éxito.

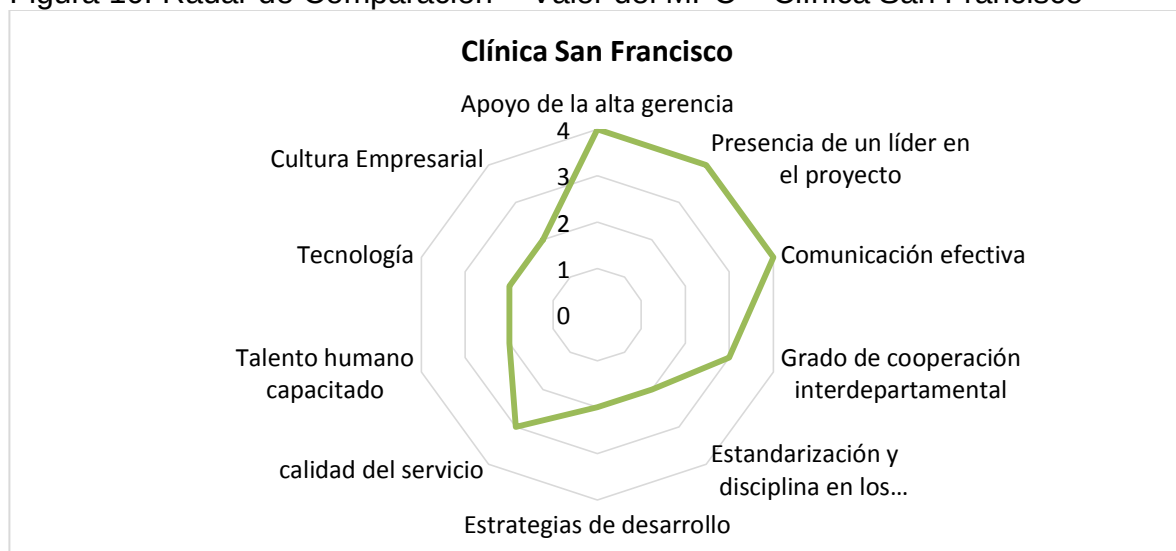
Organización - Clínica San Francisco S.A.

Tabla 20. MPC – Factores claves de éxito – Clínica San Francisco.

| Factores Claves de éxito del SIAU                                  | Clínica San Francisco |                |
|--------------------------------------------------------------------|-----------------------|----------------|
|                                                                    | Valor                 | Valor sopesado |
| Apoyo de la alta gerencia                                          | 4                     | 0,48           |
| Presencia de un líder en el proyecto                               | 4                     | 0,44           |
| Comunicación efectiva                                              | 4                     | 0,48           |
| Grado de cooperación interdepartamental                            | 3                     | 0,3            |
| Estandarización y disciplina en los procedimientos de implantación | 2                     | 0,2            |
| Estrategias de desarrollo                                          | 2                     | 0,24           |
| calidad del servicio                                               | 3                     | 0,3            |
| Talento humano capacitado                                          | 2                     | 0,16           |
| Tecnología                                                         | 2                     | 0,2            |
| Cultura Empresarial                                                | 2                     | 0,1            |

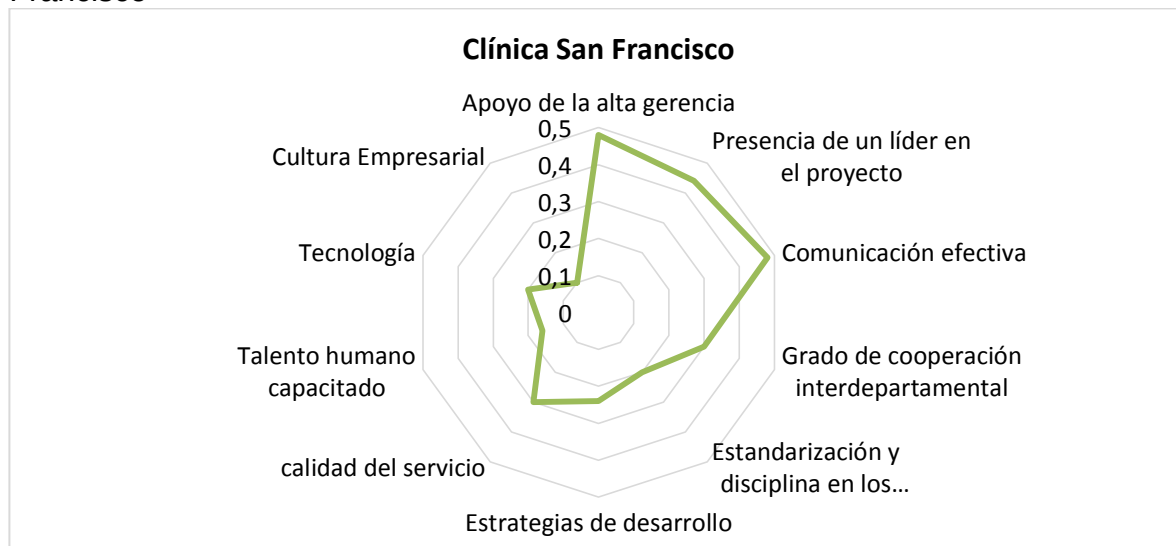
Fuente. Elaboración propia

Figura 10. Radar de Comparación - Valor del MPC – Clínica San Francisco



Fuente. Elaboración propia

Figura 11. Radar de Comparación - Valor Sopesado del MPC – Clínica San Francisco



Fuente. Elaboración propia

La Clínica San Francisco tiene un excelente desempeño en factores como apoyo a la alta gerencia, presencia de un líder en el proyecto y comunicación efectiva, tiene desempeños aceptables en cuanto el grado de cooperación interdepartamental, estandarización y disciplina en procedimiento de implantación, y calidad del servicio; por ultimo hay un desempeño crítico en el factor de talento humano capacitado, tecnología y cultura empresarial. Estos resultados indican que es una empresa comprometida con el área del SIAU, pero tiene factores que no le permiten ser totalmente eficientes a la hora de la atención.

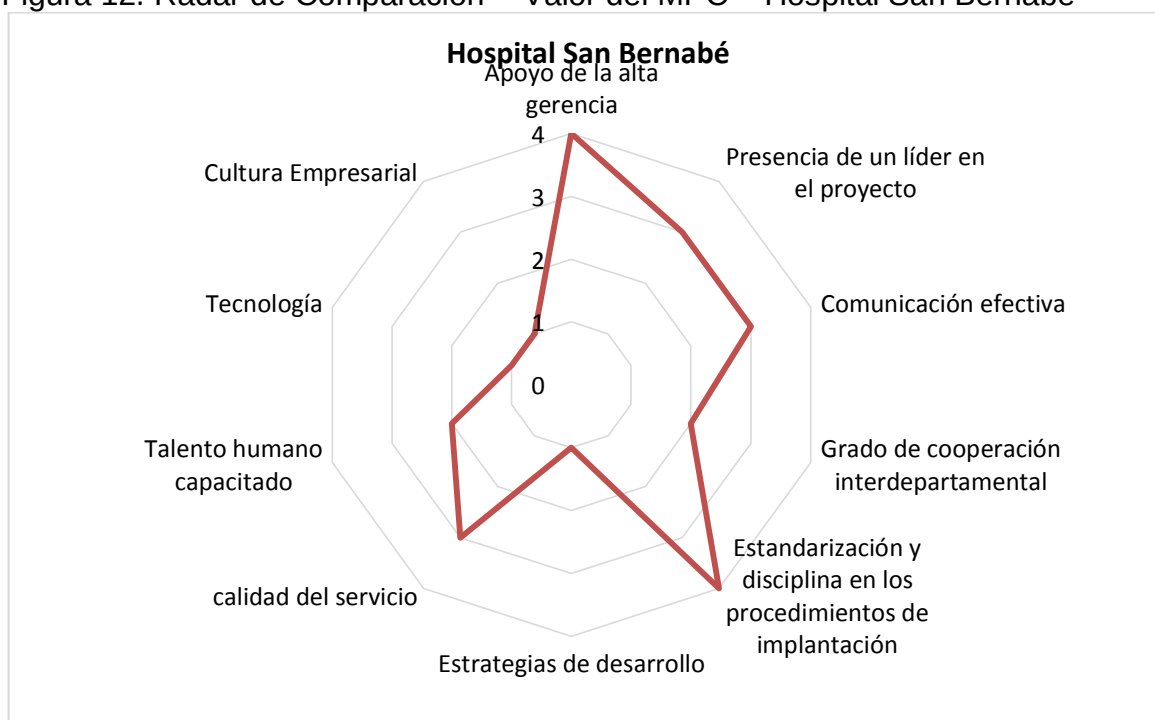
## Organización – Hospital San Bernabé

Tabla 21. MPC – Factores claves de éxito – Hospital San Bernabé

| Factores Claves de éxito del SIAU                                  | Hospital San Bernabé |                |
|--------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------|
|                                                                    | Valor                | Valor sopesado |
| Apoyo de la alta gerencia                                          | 4                    | 0,48           |
| Presencia de un líder en el proyecto                               | 3                    | 0,33           |
| Comunicación efectiva                                              | 3                    | 0,36           |
| Grado de cooperación interdepartamental                            | 2                    | 0,2            |
| Estandarización y disciplina en los procedimientos de implantación | 4                    | 0,4            |
| Estrategias de desarrollo                                          | 1                    | 0,12           |
| calidad del servicio                                               | 3                    | 0,3            |
| Talento humano capacitado                                          | 2                    | 0,16           |
| Tecnología                                                         | 1                    | 0,1            |
| Cultura Empresarial                                                | 1                    | 0,05           |

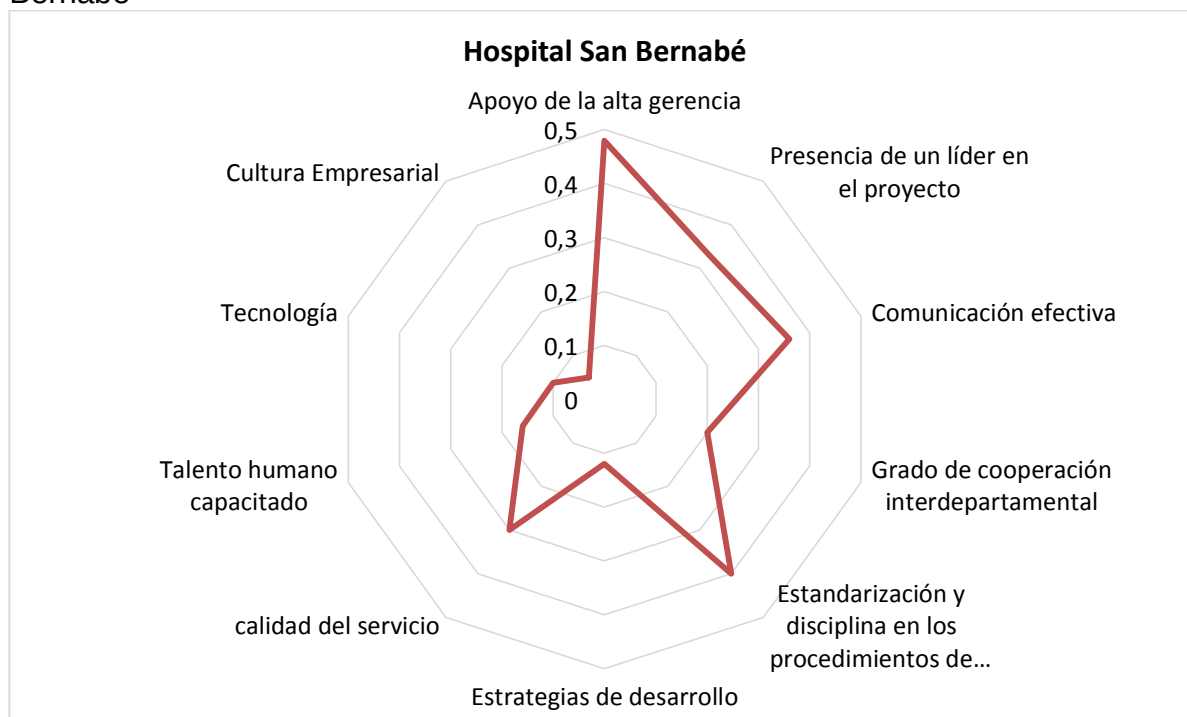
Fuente: Elaboración propia

Figura 12. Radar de Comparación - Valor del MPC – Hospital San Bernabé



Fuente. Elaboración propia

Figura 13. Radar de Comparación - Valor Sopesado del MPC – Hospital San Bernabé



Fuente. Elaboración propia

El Hospital San Bernabé ESE tiene un excelente desempeño en factores como apoyo a la alta gerencia, comunicación efectiva y estandarización y disciplina en procedimiento de implantación; tiene desempeños aceptables en el grado de cooperación interdepartamental, presencia de un líder en el proyecto, talento humano capacitado y calidad del servicio; por ultimo hay un desempeño crítico en el factor cultura empresarial, tecnología y estrategias de desarrollo.

Estos resultados indican que el hospital en el área del SIAU, gracias a que es un ente gubernamental, ofrece un buen servicio por su calidad y apoyo gerencial, pero tiene factores críticos como cultura empresarial y estrategias de desarrollo que muestran que completamente no pueden ofrecer un servicio pleno, esto es debido a la constante rotación del personal dado que los puestos pueden ser escogidos por acción política.

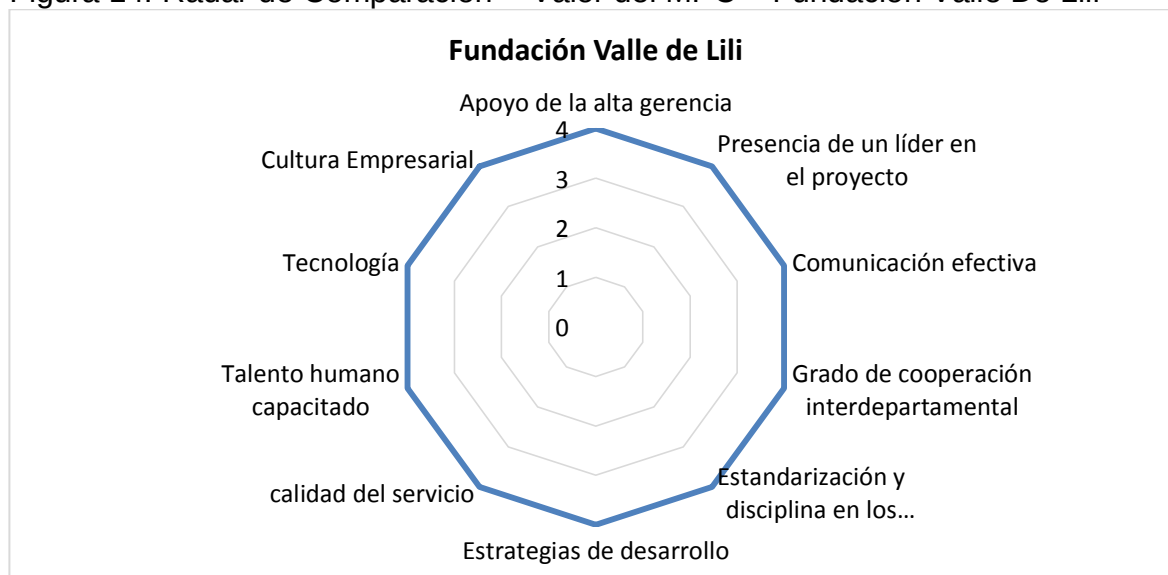
## Organización - Fundación Valle de Lili

Tabla 22. MPC – Factores claves de éxito – Fundación Valle De Lili

| Factores Claves de éxito del SIAU                                  | Fundación Valle de Lili |                |
|--------------------------------------------------------------------|-------------------------|----------------|
|                                                                    | Valor                   | Valor sopesado |
| Apoyo de la alta gerencia                                          | 4                       | 0,48           |
| Presencia de un líder en el proyecto                               | 4                       | 0,44           |
| Comunicación efectiva                                              | 4                       | 0,48           |
| Grado de cooperación interdepartamental                            | 4                       | 0,4            |
| Estandarización y disciplina en los procedimientos de implantación | 4                       | 0,4            |
| Estrategias de desarrollo                                          | 4                       | 0,48           |
| calidad del servicio                                               | 4                       | 0,4            |
| Talento humano capacitado                                          | 4                       | 0,32           |
| Tecnología                                                         | 4                       | 0,4            |
| Cultura Empresarial                                                | 4                       | 0,2            |

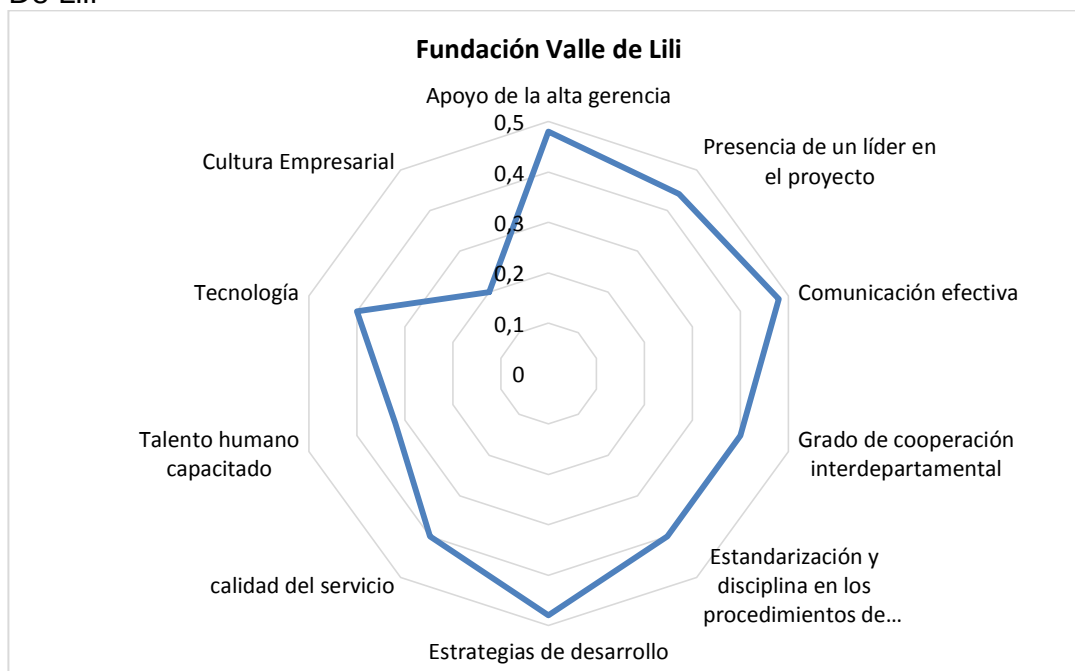
Fuente. Elaboración propia

Figura 14. Radar de Comparación - Valor del MPC – Fundación Valle De Lili



Fuente. Elaboración propia

Figura 15. Radar de Comparación - Valor Sopesado del MPC – Fundación Valle De Lili



Fuente. Elaboración propia

La Fundación Valle del Lili tiene un excelente desempeño en todos los factores críticos de éxito, los innumerables reconocimientos y su compromiso con los usuario y la comunidad la ubica como una empresa ejemplo a seguir por las demás del sector. En este sentido se puede decir que es la referenciación para la excelencia del servicio.

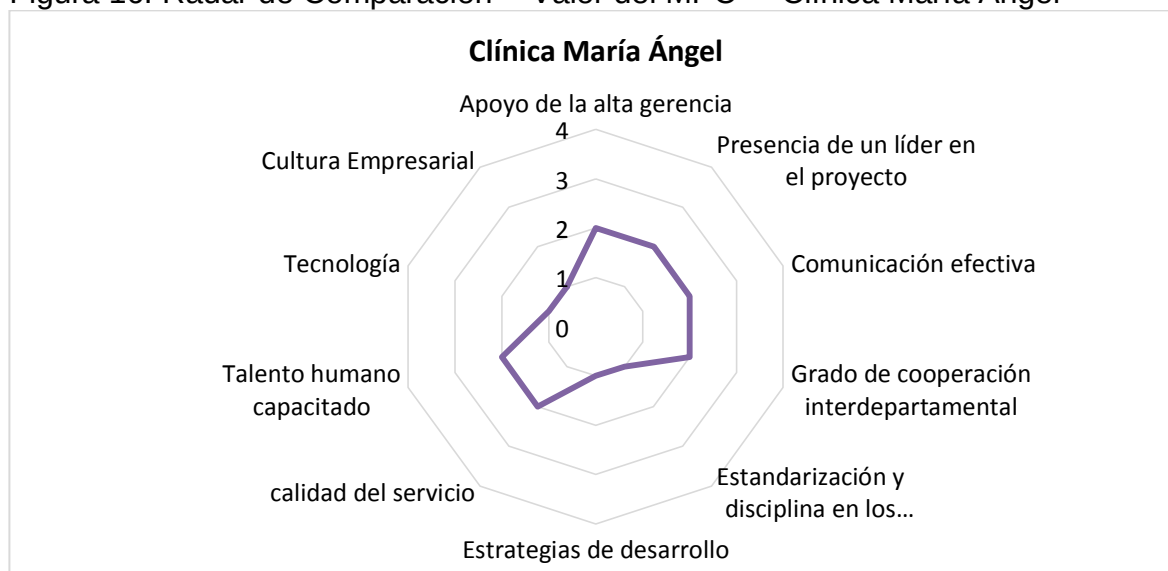
## Organización Clínica María Ángel

Tabla 23. MPC – Factores claves de éxito – Clínica María Ángel

| <b>Factores Claves de éxito del SIAU</b>                           | <b>Clínica María Ángel</b> |      |
|--------------------------------------------------------------------|----------------------------|------|
| Apoyo de la alta gerencia                                          | 2                          | 0,24 |
| Presencia de un líder en el proyecto                               | 2                          | 0,22 |
| Comunicación efectiva                                              | 2                          | 0,24 |
| Grado de cooperación interdepartamental                            | 2                          | 0,2  |
| Estandarización y disciplina en los procedimientos de implantación | 1                          | 0,1  |
| Estrategias de desarrollo                                          | 1                          | 0,12 |
| calidad del servicio                                               | 2                          | 0,2  |
| Talento humano capacitado                                          | 2                          | 0,16 |
| Tecnología                                                         | 1                          | 0,1  |
| Cultura Empresarial                                                | 1                          | 0,05 |

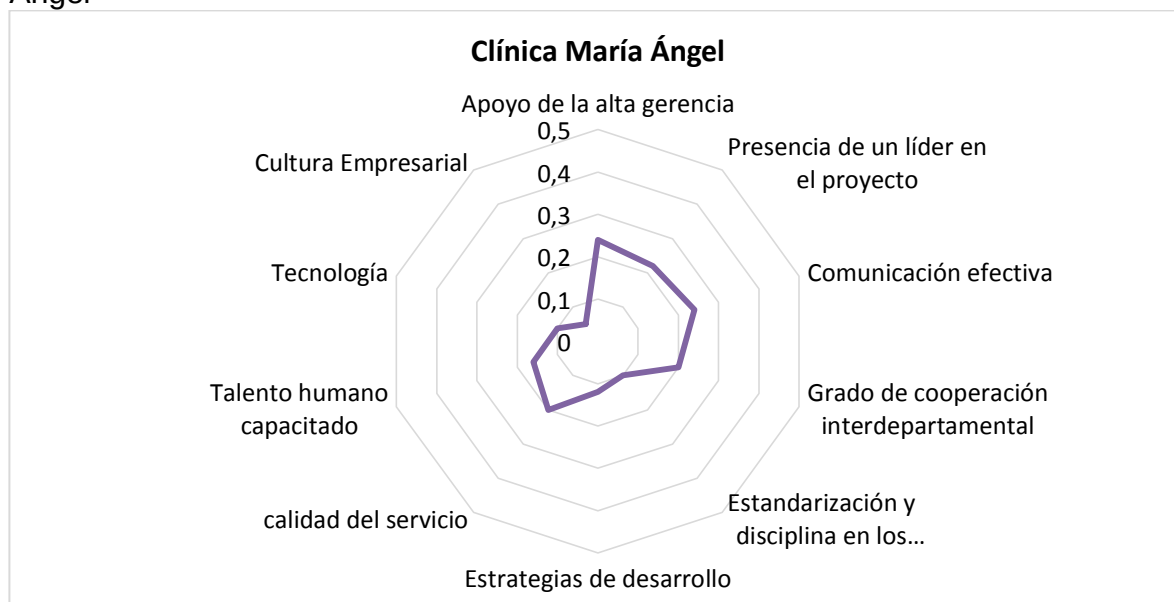
Fuente. Elaboración propia

Figura 16. Radar de Comparación - Valor del MPC – Clínica María Ángel



Fuente. Elaboración propia

Figura 17. Radar de Comparación - Valor Sopesado del MPC – Clínica María Ángel



Fuente. Elaboración propia

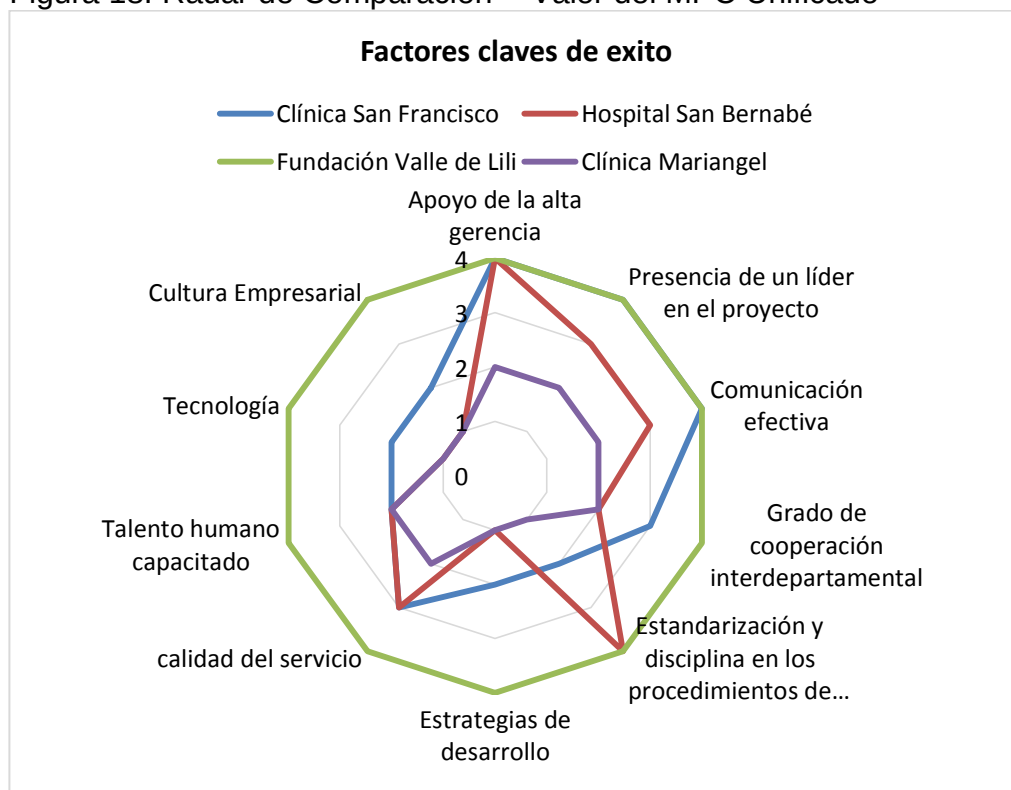
La Clínica María Ángel por su parte tiene un desempeño bastante deficiente en este proceso, el poco uso tecnológico, sumado a la poca importancia que tiene el proceso en la organización, hacen que en vez de ser una fortaleza, como en las demás instituciones, se vuelva una debilidad y punto criticable por parte de los usuarios.

Tabla 24. MPC Valor – Factores claves de éxito - Unificado

| Factores Claves de éxito del SIAU                                  | Clínica San Francisco | Hospital San Bernabé | Fundación Valle de Lili | Clínica María Ángel |
|--------------------------------------------------------------------|-----------------------|----------------------|-------------------------|---------------------|
| Apoyo de la alta gerencia                                          | 4                     | 4                    | 4                       | 2                   |
| Presencia de un líder en el proyecto                               | 4                     | 3                    | 4                       | 2                   |
| Comunicación efectiva                                              | 4                     | 3                    | 4                       | 2                   |
| Grado de cooperación interdepartamental                            | 3                     | 2                    | 4                       | 2                   |
| Estandarización y disciplina en los procedimientos de implantación | 2                     | 4                    | 4                       | 1                   |
| Estrategias de desarrollo                                          | 2                     | 1                    | 4                       | 1                   |
| calidad del servicio                                               | 3                     | 3                    | 4                       | 2                   |
| Talento humano capacitado                                          | 2                     | 2                    | 4                       | 2                   |
| Tecnología                                                         | 2                     | 1                    | 4                       | 1                   |
| Cultura Empresarial                                                | 2                     | 1                    | 4                       | 1                   |

Fuente. Elaboración propia

Figura 18. Radar de Comparación - Valor del MPC Unificado



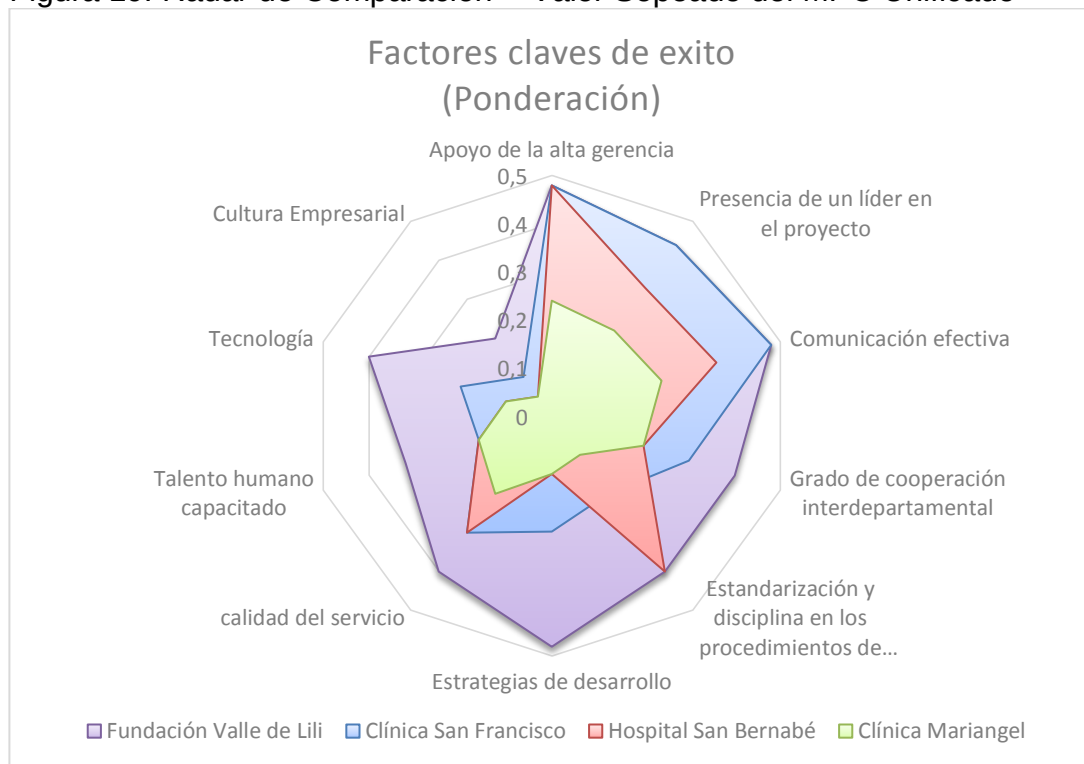
Fuente. Elaboración propia

Tabla 25. MPC Valor Sopesado– Factores claves de éxito - Unificado

| <b>Factores Claves de éxito del SIAU</b>                           | <b>Clínica San Francisco</b> | <b>Hospital San Bernabé</b> | <b>Fundación Valle de Lili</b> | <b>Clínica María Ángel</b> |
|--------------------------------------------------------------------|------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|----------------------------|
| Apoyo de la alta gerencia                                          | 0,48                         | 0,48                        | 0,48                           | 0,24                       |
| Presencia de un líder en el proyecto                               | 0,44                         | 0,33                        | 0,44                           | 0,22                       |
| Comunicación efectiva                                              | 0,48                         | 0,36                        | 0,48                           | 0,24                       |
| Grado de cooperación interdepartamental                            | 0,30                         | 0,20                        | 0,40                           | 0,20                       |
| Estandarización y disciplina en los procedimientos de implantación | 0,20                         | 0,40                        | 0,40                           | 0,10                       |
| Estrategias de desarrollo                                          | 0,24                         | 0,12                        | 0,48                           | 0,12                       |
| calidad del servicio                                               | 0,30                         | 0,30                        | 0,40                           | 0,20                       |
| Talento humano capacitado                                          | 0,16                         | 0,16                        | 0,32                           | 0,16                       |
| Tecnología                                                         | 0,20                         | 0,10                        | 0,40                           | 0,10                       |
| Cultura Empresarial                                                | 0,10                         | 0,05                        | 0,20                           | 0,05                       |

Fuente. Elaboración propia

Figura 19. Radar de Comparación - Valor Sopeado del MPC Unificado



Fuente. Elaboración propia

Para finalizar, de acuerdo a la matriz de perfil competitivo plasmado anteriormente y los radares se puede interpretar que las instituciones en estudio no están en igual de condiciones, dado al valor sopesado y los factores estudiados, encontramos que La fundación Valle del Lili es la institución mejor equipada para prestar el servicio del SIAU, es incluso una institución acreditada en calidad y por ende brinda tan excelente servicio, de ahí la Clínica San Francisco ofrece un buen servicio al igual que el Hospital San Bernabé pero no alcanza la excelencia que ofrecen en su misión; por último la Clínica María Ángel tiene procesos muy deficientes que no sirven como base para la mejora del servicio del SIAU.

De acuerdo al análisis anterior, se recomienda diseñar estrategias que permitan alcanzar el excelente servicio de la Fundación Valle De Lili, este por medio de los factores que se evidencio falencia en la institución que está en estudio. De acuerdo a los resultados los factores en los que se debe trabajar son:

- Cultura Empresarial
- Tecnología
- Talento Humano
- Estandarización y disciplina
- Estrategias de Desarrollo

### 3.4. DOFA

Para el análisis DOFA que se encuentra a continuación, se llevó a cabo un análisis de los factores internos (Fortalezas y Debilidades) y externos (Oportunidades y Amenazas). Posteriormente se llevaron a la matriz de análisis comparando los cuadrantes y generando estrategias enfocadas en el fortalecimiento de la organización, así como el aprovechamiento de oportunidades que se encuentran en el entorno.

#### FORTALEZAS

- F1 Los derechos y los deberes de los pacientes son divulgados por la organización.
- F2 Compromiso de la Gerencia con el proceso de Humanización.
- F3 Cuenta con una guía de atributos para la calidad atención al usuario).
- F4 Tiene un guía que determina el tamaño de la muestra de la medición de satisfacción del usuario.
- F5 El SIAU cuenta con una alta credibilidad y confiabilidad con el cliente interno.
- F6 Se cuenta con un liderazgo positivo, entusiasta y motivador.
- F7 Se cuenta con un sistema especializado para la tabulación de la encuesta.
- F8 Existe una política de humanización.
- F9 Se realiza inducción del SIAU a todos los nuevos colaboradores que ingresan a la institución.
- F10 Se realiza seguimiento a los planes de acción relacionados en la gestión de quejas.
- F11 Cuenta con un equipo de trabajo con las competencias requeridas por el SIAU
- F12 Cuenta con programas de ayuda social para pacientes de bajos recursos o con necesidades particulares.
- F13 Se realiza un comité del SIAU cada mes, para la revisión del informe, análisis de las situaciones y generación de estrategias para minimizar las situaciones presentadas.
- F14 Se tiene un Orientador de Servicios en Consulta Externa y Urgencias.

#### DEBILIDADES

- D1 Las encuestas de satisfacción son diligenciadas por personal del mismo servicio, lo cual genera poca confiabilidad de la información consignada, y al ser dirigida no se permite que el usuario realice su diligenciamiento.
- D2 No se cuenta con una educación continua al usuario.

- D3 No cuenta con un manual de funciones formal para el cargo de orientador de servicios.
- D4 La oficina del SIAU solo permanece abierta al público de lunes a viernes de 7:00am-12:30pm y de 2:00pm-6:00pm, sin cubrir los tiempos de fines de semana y de horas de la noche.
- D5 Hace falta mayor presencia en el servicio de hospitalización. No se cuenta con un orientador en este servicio.
- D6 El espacio físico de la oficina es muy pequeño, en ocasiones hay que atender pacientes afuera o dejarlos esperando mientras se desocupa un poco. Tiene capacidad para atender solo 2 personas.
- D7 Los procedimientos siendo transversales a la organización, no son conocidos por todos los funcionarios, en ocasiones confundiendo los formatos de quejas, opiniones espontaneas, encuestas y no conformes.
- D8 Los retrasos en la nómina, hacen que el clima laboral se torne tenso.
- D9 El cliente interno en ocasiones percibe al SIAU como "enemigo" debido a una mala información o a algún impase con respecto a los procedimientos.
- D10 Falta de mayor acompañamiento por parte del SIAU a los demás procesos en temas de servicio al cliente como comunicación, trabajo en equipo, PNL y demás que son manejados por el personal del SIAU.
- D11 No se realiza un seguimiento a los usuarios atendidos.
- D12 La página de Internet no cuenta con un canal de comunicación para el usuario, lo cual implica pérdida de información que puede ser relevante.
- D13 Las quejas son muy repetitivas, pues a pesar de que las acciones se llevan a cabo no son efectivas para que las situaciones no se vuelvan a presentar.
- D14 No se brinda capacitación continua al personal.
- D15 No cuenta con un indicador para la medición del proceso de humanización.

## OPORTUNIDADES

- O1 Generar un equipo interdisciplinario (Psicólogo, Trabajadora Social, Enfermeras, Médicos, entre otros) para generar planes de acción en busca de la humanización del servicio.
- O2 Planes de responsabilidad social donde se involucre la Clínica, el Personal y la Comunidad.
- O3 Apoyo de las instituciones de educación superior por medio de profesionales en prácticas, los cuales sirvan de apoyo para las actividades encaminadas a la humanización.
- O4 Por medio del SENA y entidades del estado, se puede solicitar capacitación en temas específicos que sirvan de entrenamiento para el personal.

- O5 Presencia en simposios, charlas y conferencias con el fin de socializar el proceso de humanización con la comunidad de interés, dando reconocimiento de marca y generando un compromiso de atención con los usuarios.

## AMENAZAS

- A1 Los rubros a las IPS no están siendo constantes y en los volúmenes esperados, lo cual podría ocasionar muchos problemas en la operatividad de la organización y finalmente en la satisfacción del usuario.
- A2 Cambios constantes en las finanzas de la organización que obliga a priorizar algunas situaciones, llevan a postergar las actividades que se implementen por el SIAU.
- A3 Los medios de comunicación (radio, televisión, prensa y redes sociales) son mecanismos por los que los usuarios divulgan sus insatisfacciones generando mala imagen empresarial.
- A4 No se cumple con el Decreto 1757 de 1994 Diario Oficial No. 41477 del 5 de agosto de 1994, ya que no se tiene un servicio de atención al usuario las 24 horas.

## ESTRATEGIAS DERIVADAS DEL DOFA

### ESTRATEGIA (FO)

- Conformar el comité de humanización con un equipo multidisciplinario y diferentes colaboradores que sean líderes e incitadores de la cultura de humanización, esto con apoyo de la Gerencia e involucrando la experiencia del equipo del SIAU en el tema.
- Hacer uso de la experiencia y el liderazgo de la Dirección del SIAU para servir en diferentes eventos como ponentes de la experiencia con el SIAU y la transformación a una cultura en humanización del servicio.

### ESTRATEGIAS (FA)

- Hacer uso del liderazgo positivo con el fin de disminuir las sensaciones de desmotivación por los inconvenientes financieros.
- Diseñar un plan anual con presupuesto, el cual pueda ser destinado desde principio de año y se tenga en cuenta dentro de los costos.
- La presencia en simposios, conferencias y demás podrán generar una mejor imagen a la organización, la cual contrastara un poco la difusión que hacen los usuarios insatisfechos por los medios.
- Socializar con la gerencia este incumplimiento y presentar un plan con el que se dé cubrimiento por lo menos 18 horas al día (6am - 10pm) por medio de turnos rotativos de los orientadores.

## ESTRATEGIAS (DO)

- Vincular estudiantes en práctica de las universidades de la región, haciendo uso de sus conocimientos académicos y orientándolos hacia una educación continuada al usuario (Vistas en los diferentes servicios) donde expongan los derechos y los deberes, cumpliendo aún más con la normatividad y por otro lado aplicando las encuestas, dando confiabilidad al proceso de satisfacción y generando espacios de diálogo con el usuario.
- Remodelar o reubicar la oficina del SIAU con el fin de brindar más confort al colaborador y al usuario.
- Generar estrategias en compañía de Gestión Humana que minimicen el impacto de los retrasos de nómina, estas estrategias estarían enfocadas en la consecución de créditos de diferentes establecimientos en productos básicos de consumo.
- Solicitar apoyo al SENA para reforzar los conocimientos teóricos del quehacer diario en la prestación del servicio y en el servicio al cliente, pues la gran mayoría son empíricos y esto afinaría los conceptos reflejándose en la satisfacción.
- Generar espacios de capacitación desde el SIAU hacia el cliente interno reforzando los conocimientos y compartiendo las estrategias utilizadas para la atención al usuario.
- Generar una estrategia para empezar a medir el proceso de humanización (modificación de encuesta orientada a los ítems de humanización).

## ESTRATEGIAS (DA)

- Disponer con Desarrollo, un espacio en la página de internet por el cual se puedan canalizar las quejas y las sugerencias, evitando que se deriven a los medios de comunicación público.
- Disponer del orientador de Hospitalización para dar cubrimiento al servicio, y a la normatividad con el cubrimiento 18 horas al día.
- Generar talles motivacionales e incluyentes entre áreas, para aumentar los niveles de cooperativismo y empatía hacia el compañero y la institución.

### 3.5. ANÁLISIS DE BRECHAS

Tabla 26. Análisis de Brechas

| Nº | Elementos                                                                                      | Tamaño de la brecha |         |         |        |            | Justificación del criterio dado al tamaño de la brecha                                                                                                                  | Estrategia para minimizar la brecha                                                                                              | Responsable                      |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------|---------|--------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
|    |                                                                                                | No hay brecha       | Pequeña | Mediana | Grande | Muy Grande |                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                  |                                  |
| 1  | Los derechos y los deberes de los pacientes son divulgados por la organización                 | X                   |         |         |        |            | Se cuenta con un folleto institucional donde se enmarcan los derechos y los deberes, los cuales son entregados por el personal al usuario que ingresa a la institución. |                                                                                                                                  |                                  |
| 2  | Compromiso de la Gerencia con el proceso de Humanización                                       |                     | X       |         |        |            | La Gerencia tiene toda la disposición en el proceso de humanización de los servicios, pero las condiciones financieras de la institución retrasan los planes.           | Propiciar actividades motivacionales y encaminadas al enfoque de humanización en el servicio, que sean constantes e influyentes. | Directora SIAU<br>Gestión Humana |
| 3  | Cuenta con una guía de atributos para la calidad atención al usuario)                          | X                   |         |         |        |            | La guía con la que cuenta es clara y esta codificado bajo el SGC. (GU-SIAU-001)                                                                                         |                                                                                                                                  |                                  |
| 4  | Tiene un guía que determina el tamaño de la muestra de la medición de satisfacción del usuario | X                   |         |         |        |            | La guía fue modificada y ajustada en el último año, a la realidad de pacientes atendidos en la institución.                                                             |                                                                                                                                  |                                  |

Tabla 26. Análisis de Brechas (continuación)

| Nº | Elementos                                                                       | Tamaño de la brecha |         |         |        |            | Justificación del criterio dado al tamaño de la brecha                                                                                                                                                                      | Estrategia para minimizar la brecha                                                                                     | Responsable                   |
|----|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------|---------|--------|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
|    |                                                                                 | No hay brecha       | Pequeña | Mediana | Grande | Muy Grande |                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                         |                               |
| 5  | El SIAU cuenta con una alta credibilidad y confiabilidad con el cliente interno | X                   |         |         |        |            | El equipo y la forma de operar (las solicitudes son intermediaciones del paciente y nada personal) además de la efectividad en los procedimientos y encuentros con el usuario hacen que el cliente interno tenga confianza. |                                                                                                                         |                               |
| 6  | Se cuenta con un liderazgo positivo, entusiasta y motivador.                    | X                   |         |         |        |            | El equipo del SIAU se encuentra motivado y enfocado en hacer sus tareas lo mejor posible. El dialogo directo con la jefe del proceso permite crear espacios empáticos.                                                      |                                                                                                                         |                               |
| 7  | Se cuenta con un sistema especializado para la tabulación de la encuesta        | X                   |         |         |        |            | En el año 2015 se implementó un sistema el cual permite la tabulación de encuestas de forma rápida y segura.                                                                                                                |                                                                                                                         |                               |
| 8  | Existe una política de humanización                                             |                     | X       |         |        |            | A pesar de que la política de humanización fue socializada, el conocimiento de esta en la organización es muy poco.                                                                                                         | Divulgar constantemente la política por los canales de comunicación y hacer entrega de esta en las inducciones del SIAU | Directora SIAU Comunicaciones |

Tabla 26. Análisis de Brechas (continuación)

| Nº | Elementos                                                                                             | Tamaño de la brecha |         |         |        |            | Justificación del criterio dado al tamaño de la brecha                                                                                                                                                                                     | Estrategia para minimizar la brecha                                                                                                                       | Responsable    |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------|---------|--------|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
|    |                                                                                                       | No hay brecha       | Pequeña | Mediana | Grande | Muy Grande |                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                           |                |
| 9  | Se realiza inducción del SIAU a todos los nuevos colaboradores que ingresan a la institución          | X                   |         |         |        |            | Las inducciones se llevan a cabo con todos los colaboradores que ingresan a la institución, además anualmente se realiza una re inducción.                                                                                                 |                                                                                                                                                           |                |
| 10 | Se realiza seguimiento a los planes de acción relacionados en la gestión de quejas.                   |                     | X       |         |        |            | Se tiene una matriz de control donde se alimentan los seguimientos de la quejas, los cuales quedan pendientes hasta que llegue la evidencia donde conste que se realizó la actividad. Los tiempos de cumplimiento no son los más precisos. | Establecer un mecanismo que permita que las acciones se lleven a cabo en las fechas establecidas.                                                         | Directora SIAU |
| 11 | Cuenta con un equipo de trabajo con las competencias requeridas por el SIAU                           | X                   |         |         |        |            | El entrenamiento brindado por el jefe del proceso hace que los colaboradores rápidamente adquieran la experiencia para el desarrollo de las tareas.                                                                                        |                                                                                                                                                           |                |
| 12 | Cuenta con programas de ayuda social para pacientes de bajos recursos o con necesidades particulares. |                     | X       |         |        |            | Se realizan actividad en pro del bienestar social, pero las condiciones financieras de la institución no dan para que los colaboradores donen los implementos.                                                                             | Llevar a la Gerencia propuesta de "stock" de insumos de aseo, con el fin de seguir con la actividad y no depender de las donaciones de los colaboradores. | Directora SIAU |

Tabla 26. Análisis de Brechas (continuación)

| Nº | Elementos                                                                                                                                                                                                                    | Tamaño de la brecha |         |         |        |            | Justificación del criterio dado al tamaño de la brecha                                                                                                                                                                                              | Estrategia para minimizar la brecha                                                                                                                    | Responsable    |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------|---------|--------|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
|    |                                                                                                                                                                                                                              | No hay brecha       | Pequeña | Mediana | Grande | Muy Grande |                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                        |                |
| 13 | Se realiza un comité del SIAU cada mes, para la revisión del informe, análisis de las situaciones y generación de estrategias para minimizar las situaciones presentadas.                                                    | X                   |         |         |        |            | Se está realizando desde el mes de enero de 2016, donde asisten todos los jefes de proceso y se socializan los hallazgos en los informes del SIAU                                                                                                   |                                                                                                                                                        |                |
| 14 | Se tiene un Orientador de Servicios en Consulta Externa y Urgencias                                                                                                                                                          |                     |         | X       |        |            | La efectividad de esta figura en los servicios que opera ha sido reconocida por el usuario y los colaboradores. La ausencia en el servicio de hospitalización hace que los usuarios no cuenten con un apoyo y un canal de comunicación más directo. | Realizar propuesta para el ingreso del Orientador de Hospitalización, el cual cubriría 2, 3, 4 y 5 piso.                                               | Directora SIAU |
| 15 | Las encuestas de satisfacción son diligenciadas por personal del mismo servicio, lo cual genera poca confiabilidad de la información consignada, y al ser dirigida no se permite que el usuario realice su diligenciamiento. |                     |         |         | X      |            | Hallazgos de falsedad en las encuestas y mala aplicación y diligenciamiento de las mismas, ocasiona información errónea y mala toma de decisiones.                                                                                                  | Se propone que las encuestas sean diligenciadas por el personal del SIAU de manera telefónica, de tal forma que se haya cerrado el ciclo del servicio. | Directora SIAU |

Tabla 26. Análisis de Brechas (continuación)

| Nº | Elementos                                                                                                                                                                        | Tamaño de la brecha |         |         |        |            | Justificación del criterio dado al tamaño de la brecha                                                                                                                                                                                                                                                         | Estrategia para minimizar la brecha                                                                                                                     | Responsable                      |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------|---------|--------|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
|    |                                                                                                                                                                                  | No hay brecha       | Pequeña | Mediana | Grande | Muy Grande |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                         |                                  |
| 16 | No se cuenta con una educación continua al usuario.                                                                                                                              |                     |         | X       |        |            | Los entes gubernamentales, despliegan responsabilidad en la educación a las IPS, por lo cual dentro de las auditorias verifican la socialización de información de derechos y deberes, resoluciones y códigos de conducta.                                                                                     | Por medio de practicantes universitarios crear un programa de educación continua, con el fin de estandarizarlos y poder volverlo actividad del proceso. | Directora SIAU<br>Gestión Humana |
| 17 | No cuenta con un manual de funciones formal para el cargo de orientador de servicios.                                                                                            |                     |         | X       |        |            | Las funciones del orientador no están especificadas dentro de un manual, lo que ocasiona que termine realizando tareas que no le competen.                                                                                                                                                                     | Diseñar un manual de funciones para los orientadores del SIAU y así especificar sus funciones y poder realizar un seguimiento y medición.               | Directora SIAU<br>Gestión Humana |
| 18 | La oficina del SIAU solo permanece abierta al público de lunes a viernes de 7:00am-12:30pm y de 2:00pm-6:00pm, sin cubrir los tiempos de fines de semana y de horas de la noche. |                     |         |         | X      |            | A pesar de que no se cumple con la normatividad, los seguimientos de esta por los entes son casi nulo, a ejemplo se puede decir que opera el SIAU de la Clínica San Francisco de esta manera desde el año 2009. No obstante se hace necesario cumplir con esta resolución y evitar cualquier impase normativo. | Contar con orientadores de servicio en Urgencias y Hospitalización de 6am a 10pm, dando mayor cubrimiento al horario de atención al usuario.            | Directora SIAU                   |

Tabla 26. Análisis de Brechas (continuación)

| Nº | Elementos                                                                                                                                                                                                  | Tamaño de la brecha |         |         |        |            | Justificación del criterio dado al tamaño de la brecha                                                                                                                                                                                                                                            | Estrategia para minimizar la brecha                                                                                                                                                           | Responsable                                                    |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------|---------|--------|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
|    |                                                                                                                                                                                                            | No hay brecha       | Pequeña | Mediana | Grande | Muy Grande |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                               |                                                                |
| 19 | Hace falta mayor presencia en el servicio de hospitalización. No se cuenta con un orientador en este servicio,                                                                                             |                     |         |         | X      |            | La efectividad de esta figura en los servicios que opera ha sido reconocida por el usuario y los colaboradores. La ausencia en el servicio de hospitalización hace que los usuarios no cuenten con un apoyo y un canal de comunicación más directo.                                               | Realizar propuesta para el ingreso del Orientador de Hospitalización, el cual cubriría 2, 3, 4 y 5 piso.                                                                                      | Directora SIAU                                                 |
| 20 | El espacio físico de la oficina es muy pequeño, en ocasiones hay que atender pacientes afuera o dejarlos esperando mientras se desocupa un poco. Tiene capacidad para atender solo 2 personas.             |                     |         |         | X      |            | Las personas en ocasiones no quieren expresar sus inquietudes por el gran número de personas que hay en el espacio tan pequeño.                                                                                                                                                                   | Presentar a la Gerencia General el inconveniente de espacio, para que con apoyo de la Dirección de Infraestructura se evalúe la posibilidad de reacomodar la oficina y hacerla más espaciosa. | Directora SIAU<br>Director Infraestructura<br>Gerencia General |
| 21 | Los procedimientos siendo transversales a la organización, no son conocidos por todos los funcionarios, en ocasiones confundiendo los formatos de quejas, opiniones espontaneas, encuestas y no conformes. |                     |         | X       |        |            | El desconocimiento de los formatos para diligenciar una queja o qué hacer con la queja una vez se la entrega el usuario, son interrogantes que en ocasiones no tienen respuesta por el personal. El conocimiento de estos procedimientos es crucial en los seguimientos de los entes vigiladores. | Establecer mecanismos de socialización, donde se incluyan tanto los procedimientos, como los derechos deberes y la política de humanización.                                                  | Directora SIAU                                                 |

Tabla 26. Análisis de Brechas (continuación)

| Nº | Elementos                                                                                                                                                                                           | Tamaño de la brecha |         |         |        |            | Justificación del criterio dado al tamaño de la brecha                                                                                                                                        | Estrategia para minimizar la brecha                                                                                                                                                                        | Responsable    |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------|---------|--------|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
|    |                                                                                                                                                                                                     | No hay brecha       | Pequeña | Mediana | Grande | Muy Grande |                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                            |                |
| 22 | Los retrasos en la nómina, hacen que el clima laboral se torne tenso.                                                                                                                               |                     |         |         |        | X          | La crisis del sector ha llevado a estos inconvenientes en muchas clínicas. Con nomina a 60 días hacen que las personas se sientan desmotivadas y con poca actitud de servicio.                | Generar un plan anual para contar con el presupuesto. Llevar a cabo alianzas estratégicas con establecimientos de productos básicos de consumo, donde el colaborador pueda suplir sus necesidades básicas. | Gestión Humana |
| 23 | El cliente interno en ocasiones percibe al SIAU como "enemigo" debido a una mala información o a algún impase con respecto a los procedimientos.                                                    |                     |         |         | X      |            | Los jefes de proceso, encargados de tramitar las quejas, en ocasiones no le dan el enfoque requerido, colocando como enemigo al SIAU por ser el que remite las quejas.                        | Hacer énfasis en las inducciones y en las actividades de socialización, la objetividad del SIAU en la Gestión de las quejas, y que no sean tomadas como personales.                                        | Directora SIAU |
| 24 | Falta de mayor acompañamiento por parte del SIAU a los demás procesos en temas de servicio al cliente como comunicación, trabajo en equipo, PNL y demás que son manejados por el personal del SIAU. |                     |         |         | X      |            | La experiencia por parte del SIAU en estos aspectos es mucho, lo cual sería importante poderlos compartir y que los demás colaboradores de la organización vayan ganando estos conocimientos. | Generar plan de capacitación anual, en temas de comunicación, trabajo en equipo, PNL, servicio al cliente y demás transversales a cualquier área del conocimiento.                                         | Directora SIAU |

Tabla 26. Análisis de Brechas (continuación)

| Nº | Elementos                                                                                                                                              | Tamaño de la brecha |         |         |        |            | Justificación del criterio dado al tamaño de la brecha                                                                                                                                                                                                         | Estrategia para minimizar la brecha                                                                                                                                                                                                                               | Responsable                  |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------|---------|--------|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
|    |                                                                                                                                                        | No hay brecha       | Pequeña | Mediana | Grande | Muy Grande |                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                   |                              |
| 25 | No se realiza un seguimiento a los usuarios atendidos.                                                                                                 |                     |         |         |        | X          | La aplicación de la encuesta (Mecanismo para la satisfacción del usuario) es realizada cuando aún se encuentra en el ciclo de atención, satisfacción que puede cambiar en el momento de la salida.                                                             | Realizar las encuestas de Medición de la Satisfacción del Usuario de manera telefónica con el fin de asegurar una información completa y verificar la satisfacción del usuario pos prestación del servicio.                                                       | Directora SIAU               |
| 26 | La página de Internet no cuenta con un canal de comunicación para el usuario, lo cual implica pérdida de información que puede ser relevante.          |                     |         |         |        | X          | Las páginas de las organizaciones cuentan, en su gran mayoría, con un espacio "contáctenos" "centenos" o entre otros, que proporciona al usuario la posibilidad de expresar su insatisfacción y ser tramitada formalmente bajo los procedimientos estipulados. | Solicitar a Desarrollo incluir el espacio para que el usuario pueda expresar su insatisfacción por medio de la página web y que sea remitida al correo del SIAU con el fin de llevar a cabo el trámite correspondiente y brindar una respuesta formal.            | Directora SIAU<br>Desarrollo |
| 27 | Las quejas son muy repetitivas, pues a pesar de que las acciones se llevan a cabo no son efectivas para que las situaciones no se vuelvan a presentar. |                     |         |         | X      |            | La percepción de que "las quejas no sirven para nada" es muy frecuente por parte de los usuarios puesto que las actitudes por parte del personal del servicio sigue siendo la misma.                                                                           | Realizar seguimiento a las quejas actitudinales repetitivas, con el fin de llevarlas a diferentes niveles de la organización, pudiendo generar un cambio en el colaborador o identificar que definitivamente no se ajusta a los requerimientos de la institución. | Directora SIAU               |

Tabla 26. Análisis de Brechas (continuación)

| Nº | Elementos                                                                | Tamaño de la brecha |         |         |        |            | Justificación del criterio dado al tamaño de la brecha                                                                                                                                | Estrategia para minimizar la brecha                                                                                                                     | Responsable                      |
|----|--------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------|---------|--------|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
|    |                                                                          | No hay brecha       | Pequeña | Mediana | Grande | Muy Grande |                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                         |                                  |
| 28 | No se brinda capacitación continua al personal.                          |                     |         |         |        | X          | La capacitación en las organizaciones debe ser constantes, y más aún cuando se está hablando en temas de servicio, que combina lo técnico con la actitud.                             | Diseñar un programa de capacitación anual, en el que se especifique los temas a trabajar, las metodologías y el objetivo de cada una de ellas.          | Directora SIAU<br>Gestión Humana |
| 29 | No cuenta con un indicador para la medición del proceso de humanización. |                     |         |         |        | X          | El SIAU como líder en el proceso de humanización, debe poder medir este proceso, el impacto de las actividades y los cambios que va teniendo, para así poder ajustar las necesidades. | Diseñar un indicador para el proceso de humanización, el cual puede estar inmerso dentro de los procedimientos maduros y ya establecidos en el proceso. | Directora SIAU                   |

Fuente. Elaboración propia

El análisis de brechas para el DOFA que se realizó, demuestra que la institución objeto de estudio evidencia diferentes falencias que pudieron ser establecidas fácilmente, planteando actividades alternas en pro de minimizar o terminar tales problema.

En cuanto a sus fortalezas se pudo identificar que estas pueden ser trasladadas a los demás colaboradores y que también, cuenta con un amplio liderazgo el cual debe ser punto de partida para el proceso de humanización que se quiere instaurar.

En tanto a las oportunidades, es importante la vinculación de más personal al SIAU, al ser su naturaleza de información, orientación y servicio al cliente, se hace necesario que haya más número de personas para cobijar la infraestructura (10 pisos) con los que cuenta la institución.

Las amenazas que se repliegan a la institución, se deben a la magnitud en la crisis, pero las herramientas diagnosticas han facilitado encontrar alternativas de solución a los problemas que no corresponden a soluciones internas, sino por el contrario a las expectativas políticas y jurídicas que definirán el rumbo de las entidades en este sector. Por lo tanto la IPS en este caso, es la encargada de generar alternativas, para que su recurso humano no se vea finalmente afectado por estos inconvenientes.

A grandes rasgos, el análisis de brechas realizado al DOFA de la Clínica San Francisco arroja las siguientes prioridades en el proceso:

- Vinculación de más personal al proceso con el fin de dar mayor cobertura a los procesos y generar actividades alterna que apunten a la humanización del servicio.
- Generar procesos de socialización continua en los procedimientos, políticas, resoluciones y demás que correspondan al conocimiento del usuario y la intermediación con la IPS.
- Formalización del cargo Orientador de Servicio, bajo un manual de función.
- Aprovechamiento de la página de internet para mayor comunicación con el usuario, al igual que divulgar los proyectos, noticias y actividades encaminadas a la satisfacción del usuario.
- Es necesario aplicar las encuestas de satisfacción por personal ajeno a los servicios, además hacerlas en el momento de la culminación del servicio, garantizando una buena medición.
- Apoyar el proceso de capacitación y hacer uso del recurso humano y los conocimientos del SIAU en pro del mejoramiento de la organización, la interiorización de la política de humanización y la consolidación del trabajo en equipo.
- Definir indicadores para el proceso de humanización a emprender.

#### 4. FORMULACIÓN DEL PLAN DE MEJORAMIENTO

Para la formulación del plan de mejoramiento se tuvieron en cuenta las falencias encontradas por medio de las herramientas diagnosticas aplicadas, al igual que la comparación realizada con el proceso de benchmarking. Como resultado, se agruparon las actividades en cinco proyectos estratégicos, los cuales tienen como objetivo mitigar los inconvenientes encontrados y potencializar las fortalezas para implementar la humanización en los servicios de la Clínica San Francisco.

- **Vinculación de colaboradores:** enfocado en la determinación de la necesidad, la solicitud y el diseño del manual de funciones para los nuevos cargos.
- **Inducción, reinducción al personal de la Clínica:** Actividades encaminadas a la interiorización de la política de humanización por parte de los colaboradores, a través de inducciones, reinducciones y capacitaciones.
- **Socialización y difusión del SIAU y la Política de Humanización:** La divulgación de los procedimientos y las actividades hacia los colaboradores y los usuarios es tarea importante, para la consolidación de la imagen, la confianza y el liderazgo del proceso.
- **Ajustar procedimientos con un enfoque en humanización:** ajustar los procedimientos se hace necesario para que articulen con las actividades que se vayan a emprender en la humanización de los servicios, los ajustes de responsabilidades, formatos y demás es parte crucial del proceso.
- **Infraestructura y equipos tecnológicos:** la necesidad de acondicionar la infraestructura física es evidente, además el uso de tecnología en los procedimientos actuales para rapidez en la información, así como la confiabilidad de la información, hace necesario plasmar actividades enfocadas hacia estos temas.

El plan de mejoramiento propuesto se consigna a continuación, para este se adaptó la herramienta del

BSC (Balance Score Card) con el fin de generar un mayor control a cada una de las actividades a desarrollar. Esta herramienta permite desarrollar e implementar estrategias en los procesos de toda organización, por medio de un plan de mejoramiento y un conjunto de medidas de actuación

Tabla 27. Balance Score Card – Plan de Mejoramiento

| <b>Proyecto Estratégico:</b> Infraestructura y equipos tecnológicos                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                   |                |            |                                         |         |            |      |                                                                           |                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|------------|-----------------------------------------|---------|------------|------|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <b>Objetivo (Fines):</b> Acondicionar la infraestructura y los equipos tecnológicos utilizados dentro del proceso para los cambios que surjan con la implementación de la humanización en los servicios de salud.               |                                                                                                                                                                                                                   |                |            |                                         |         |            |      |                                                                           |                                               |
| <b>Estrategia (Como):</b> Determinando las necesidades reales y solicitando a la Gerencia General el acondicionamiento de la infraestructura y la dotación de equipos.                                                          |                                                                                                                                                                                                                   |                |            |                                         |         |            |      |                                                                           |                                               |
| No                                                                                                                                                                                                                              | ACCIONES (QUE)                                                                                                                                                                                                    | FECHA (CUANDO) |            | INDICADOR                               | Peligro | Precaución | Meta | PRESUPUESTO                                                               | RESPONSABLE                                   |
|                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                   | INICIO         | FINAL      |                                         |         |            |      |                                                                           |                                               |
| 1                                                                                                                                                                                                                               | Acondicionamiento de la Oficina del SIAU (Ampliación y división)                                                                                                                                                  | 16/01/2017     | 27/07/2017 | % de avance en el presupuesto           | 20%     | 40%        | 100% | \$ 8.000.000<br>(Costo de acondicionamiento)                              | Dirección del SIAU -Dirección Infraestructura |
| 2                                                                                                                                                                                                                               | Determinar los equipos necesarios para la operación optima del SIAU y las actividades concernientes a la humanización de los servicios.                                                                           | 30/01/2017     | 17/02/2017 | % de avance en la necesidad de equipos  | 20%     | 40%        | 100% | \$ 3.000.000<br>(Tablet y escritorio)                                     | Dirección del SIAU                            |
| 3                                                                                                                                                                                                                               | Enviar a la Gerencia General el presupuesto del acondicionamiento de la oficina, así como la necesidad de equipos tecnológicos para la operación.                                                                 | 20/02/2017     | 24/02/2017 | % de avance en el envío                 | 0%      | 0%         | 100% | \$0                                                                       | Dirección del SIAU                            |
| 4                                                                                                                                                                                                                               | Solicitar a desarrollo la generación del espacio en la página de internet de la institución (www.clinicasanfrancisco.com.co) para que el usuario pueda expresar sus insatisfacciones.                             | 27/03/2017     | 10/03/2017 | % de avance en el proyecto              | 20%     | 40%        | 100% | \$ 1.000.000<br>(Desarrollo del espacio en la página y su implementación) | Dirección del SIAU                            |
| <b>Proyecto estratégico:</b> Vinculación de colaboradores                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                   |                |            |                                         |         |            |      |                                                                           |                                               |
| <b>Objetivo (fines):</b> Dotar del recurso humano necesario al SIAU y la Clínica para poder llevar a cabo el proceso de humanización en los servicios                                                                           |                                                                                                                                                                                                                   |                |            |                                         |         |            |      |                                                                           |                                               |
| <b>Estrategia (como):</b> Realizando el análisis requerido de acuerdo a las necesidades y efectuando las contrataciones necesarias para que el SIAU cumpla con la normatividad exigida y cumpla con las actividades propuestas. |                                                                                                                                                                                                                   |                |            |                                         |         |            |      |                                                                           |                                               |
| No                                                                                                                                                                                                                              | Acciones (Que)                                                                                                                                                                                                    | Fecha (Cuando) |            | Indicador                               | Peligro | Precaución | Meta | Presupuesto                                                               | Responsable                                   |
|                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                   | Inicio         | Final      |                                         |         |            |      |                                                                           |                                               |
| 1                                                                                                                                                                                                                               | Determinar el número de personas necesarias para llevar a cabo las actividades que son correspondientes a la humanización del servicio, así como dar cobertura a los servicios que aún no cuentan con orientador. | 21/03/017      | 07/04/2017 | 100% del análisis de necesidad          | 0%      | 40%        | 100% | \$0                                                                       | Dirección SIAU                                |
| 2                                                                                                                                                                                                                               | Diseñar el manual de funciones correspondiente para las personas a ingresar (cargos nuevos)                                                                                                                       | 13/03/2017     | 21/04/2017 | 100% del diseño del manual de funciones | 0%      | 40%        | 100% | \$1.000.000<br>(Diseño de Cargos Nuevos)                                  | Dirección SIAU - Gestión Humana               |

Tabla 27. Balance Score Card – Plan de Mejoramiento (continuación)

| No                                                                                                                                | Acciones (Que)                                                                                                                                                                                                                                     | Fecha (Cuando) |            | Indicador                                                           | Peligro | Precaución | Meta | Presupuesto                                | Responsable                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|------------|---------------------------------------------------------------------|---------|------------|------|--------------------------------------------|---------------------------------|
|                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                    | Inicio         | Final      |                                                                     |         |            |      |                                            |                                 |
| 3                                                                                                                                 | Realizar la solicitud de personal a Gestión Humana.                                                                                                                                                                                                | 24/04/2017     | 28/04/2017 | Solicitudes realizadas/Total solicitudes realizar a                 | 0%      | 50%        | 100% | \$0                                        | Dirección SIAU                  |
| 4                                                                                                                                 | Estandarizar la actividad de participación del SIAU en los procesos de selección que se llevan a cabo en Gestión Humana, con el fin de obtener una mirada desde la actitud y vocación de servicio que vaya alineada a la Política de Humanización. | 02/05/2017     | 30/06/2017 | % de avance en la estandarización de la actividad                   | 0%      | 40%        | 100% | \$1.000.000 (estandarización del programa) | Dirección SIAU - Gestión Humana |
| 5                                                                                                                                 | Realizar inducción a los nuevos colaboradores del SIAU                                                                                                                                                                                             | 02/01/2018     | 28/12/2018 | Numero de inducciones realizadas/Numero de inducciones a realizar   | 0%      | 25%        | 100% | \$1.000.000 (inducción)                    | Dirección SIAU                  |
| 6                                                                                                                                 | Realizar entrenamiento a los nuevos colaboradores del SIAU                                                                                                                                                                                         | 08/01/2019     | 27/12/2019 | Número de actividades de entrenadas/total de actividades a entrenar | 0%      | 40%        | 100% | \$1.000.000 (Entrenamiento)                | Dirección SIAU                  |
| <b>Proyecto Estratégico:</b> Ajustar procedimientos con un enfoque en humanización                                                |                                                                                                                                                                                                                                                    |                |            |                                                                     |         |            |      |                                            |                                 |
| <b>Objetivo (Fines)</b> Enfocar los procedimientos del SIAU hacia una humanización en los servicios                               |                                                                                                                                                                                                                                                    |                |            |                                                                     |         |            |      |                                            |                                 |
| <b>Estrategia (como):</b> Ajustar las debilidades encontradas en los procedimientos, con respecto a la humanización del servicio. |                                                                                                                                                                                                                                                    |                |            |                                                                     |         |            |      |                                            |                                 |
| No                                                                                                                                | ACCIONES (QUE)                                                                                                                                                                                                                                     | FECHA (CUANDO) |            | INDICADOR                                                           | Peligro | Precaución | Meta | PRESUPUESTO                                | RESPONSABLE                     |
|                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                    | INICIO         | FINAL      |                                                                     |         |            |      |                                            |                                 |
| 1                                                                                                                                 | Realizar los ajustes pertinentes al procedimiento de satisfacción del usuario                                                                                                                                                                      | 04/07/2017     | 28/07/2017 | Ajustes realizados/Total de ajustes realizar a                      | 20%     | 40%        | 100% | \$0                                        | Dirección SIAU - SGC            |

Tabla 27. Balance Score Card – Plan de Mejoramiento (continuación)

| No | ACCIONES (QUE)                                                                                                                                                                         | FECHA (CUANDO) |            | INDICADOR                                          | Peligro         | Precaución         | Meta              | PRESUPUESTO                  | RESPONSABLE                                        |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|------------|----------------------------------------------------|-----------------|--------------------|-------------------|------------------------------|----------------------------------------------------|
|    |                                                                                                                                                                                        | INICIO         | FINAL      |                                                    |                 |                    |                   |                              |                                                    |
| 2  | Modificar el procedimiento en cuanto a la aplicación de las encuestas para que el SIAU sea el responsable de aplicar las encuestas, dando confiabilidad a la información suministrada. | 31/07/2017     | 02/09/2017 | % de avance en la modificación                     | 20%             | 40%                | 100%              | \$ 1.000.000 (Papelería)     | Dirección del SIAU - Sistema de Gestión de calidad |
| 3  | Modificar el formato de encuesta con el fin de hacerla más amigable al usuario, al igual que ajustar los ítems para que se realice la medición en aspectos de humanización.            | 31/07/2017     | 02/09/2017 | % de avance en la modificación                     | 20%             | 40%                | 100%              | \$700.000 (Implementación)   | Dirección del SIAU - SGC                           |
| 4  | Realizar los ajustes pertinentes al procedimiento de Gestión de Quejas                                                                                                                 | 14/08/2017     | 29/09/2017 | Ajustes realizados/Total de ajustes a realizar     | 20%             | 40%                | 100%              | \$0                          | Dirección del SIAU - SGC                           |
| 5  | Agregar en la clasificación de las quejas, el ítem de humanización para realizar una medición e histórico del mismo.                                                                   | 02/10/2017     | 27/10/2017 | Ítem agregado                                      | 0               | 0                  | 1                 | \$700.000 (Implementación)   | Dirección del SIAU - SGC                           |
| 6  | Modificar el procedimiento, para que las quejas relacionadas directamente con temas de humanización, sean gestionadas por la Dirección del SIAU.                                       | 30/10/2017     | 24/11/2017 | % de avance en la modificación                     | 0%              | 20%                | 100%              | \$700.000 (Implementación)   | Dirección del SIAU -SGC                            |
| 7  | Modificar el formato de radicación de quejas con los ajustes pertinentes en cuanto a los ítems agregados para la medición de la humanización de los servicios.                         | 27/11/2017     | 29/12/2017 | % de avance en la modificación                     | 20%             | 40%                | 100%              | \$700.000 (Implementación)   | Dirección del SIAU -SGC                            |
| 8  | Contar con el Orientador en el servicio de hospitalización para dar cobertura en cuanto a la información y acompañamiento al usuario.                                                  | 01/08/2017     | Indefinido | Aumento en niveles de satisfacción Hospitalización | Satisfacción <8 | Satisfacción >8 <9 | Satisfacción >9,5 | \$ 9.000.000 (salario anual) | Dirección del SIAU -SGC                            |
| 9  | Generar un procedimiento alternativo de comunicación, el cual se encargue de brindar los lineamientos para una comunicación efectiva con el usuario.                                   | 14/08/2017     | 29/12/2017 | % de avance del procedimiento                      | 0%              | 30%                | 100%              | \$2.000.000                  | Dirección del SIAU -SGC                            |

Tabla 27. Balance Score Card – Plan de Mejoramiento (continuación)

| No                                                                                                                                                                                                                                                                                          | ACCIONES (QUE)                                                                                                                                                                                                       | FECHA (CUANDO) |            | INDICADOR                                                   | Peligro | Precaución | Meta | PRESUPUESTO                                     | RESPONSABLE                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|------------|-------------------------------------------------------------|---------|------------|------|-------------------------------------------------|---------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                      | INICIO         | FINAL      |                                                             |         |            |      |                                                 |                                       |
| 10                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Conformar el comité de humanización, su periodicidad, participantes y funciones.                                                                                                                                     | 02/01/2018     | 26/01/2018 | % de avance de avance en la conformación del comité         | 30%     | 50%        | 100% | \$0                                             | Dirección del SIAU -SGC               |
| 11                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Crear indicadores para la medición del proceso de humanización.                                                                                                                                                      | 29/01/2018     | 29/06/2018 | % de avance en la creación de indicadores                   | 20%     | 40%        | 100% | \$1.000.000                                     | Dirección del SIAU -SGC               |
| <b>Proyecto Estratégico:</b> Inducción, reinducción al personal de la Clínica                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                      |                |            |                                                             |         |            |      |                                                 |                                       |
| <b>Objetivo (Fines):</b> Concientizar e informar acerca de la atención sobre los clientes internos y externo, con el fin de optimizar los planes de mejoramiento a nivel institucional a partir de las inducciones al personal nuevo reinducciones al personal que ya labora en la clínica. |                                                                                                                                                                                                                      |                |            |                                                             |         |            |      |                                                 |                                       |
| <b>Estrategia (como):</b> Fortalecimiento en servicio al cliente al personal de la Clínica San Francisco                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                      |                |            |                                                             |         |            |      |                                                 |                                       |
| No                                                                                                                                                                                                                                                                                          | ACCIONES (QUE)                                                                                                                                                                                                       | FECHA (CUANDO) |            | INDICADOR                                                   | Peligro | Precaución | Meta | PRESUPUESTO                                     | RESPONSABLE                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                      | INICIO         | FINAL      |                                                             |         |            |      |                                                 |                                       |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Capacitar al personal en los procedimientos del SIAU y la política de humanización.                                                                                                                                  | 09/01/2018     | 09/06/2018 | Numero de colaboradores capacitados/ total de colaboradores | 20%     | 40%        | 90%  | \$2.000.000 (Capacitación)                      | Dirección SIAU y SGC                  |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Diseñar un programa de <b>inducción</b> en el cual se informe sobre los procesos de la Clínica y su plataforma estratégica, organigrama, mapa de procesos y como estos articulan con el SIAU y sus procedimientos.   | 09/01/2018     | 31/05/2018 | % de avance en el diseño del programa                       | 20%     | 40%        | 100% | \$1.000.000 (Diseño)                            | Dirección SIAU - SGC                  |
| 3                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Diseñar un programa de <b>reinducción</b> en el cual se informe sobre los procesos de la Clínica y su plataforma estratégica, organigrama, mapa de procesos y como estos articulan con el SIAU y sus procedimientos. | 09/01/2018     | 31/05/2018 | % de avance en el diseño del programa                       | 20%     | 40%        | 100% | \$1.000.000 (Diseño)                            | Dirección SIAU - SGC - Gestión Humana |
| 4                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Diseñar un programa de capacitación continua en temas de liderazgo, trabajo en equipo, servicio al cliente, comunicación y demás temas que son inherentes a la humanización y el trabajo colaborativo.               | 09/01/2018     | 31/05/2018 | % de avance en el diseño del programa                       | 20%     | 40%        | 100% | \$ 10.000.000 (Capacitación con entes externos) | Dirección SIAU - SGC - Gestión Humana |
| 5                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Realizar un cronograma de inducciones y capacitaciones que no interfieran con el normal funcionamiento de las diferentes áreas de la clínica                                                                         | 09/01/2018     | 28/02/2018 | % de avance en el diseño del cronograma                     | 20%     | 40%        | 100% | \$0                                             | Dirección SIAU - SGC - Gestión Humana |

Tabla 27. Balance Score Card – Plan de Mejoramiento (continuación)

| No                                                                                                                                                                                                                                                           | ACCIONES (QUE)                                                                                                                                                                                      | FECHA (CUANDO) |            | INDICADOR                                                                                      | Peligro                   | Precaución                | Meta                         | PRESUPUESTO                     | RESPONSABLE                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|---------------------------|------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                     | INICIO         | FINAL      |                                                                                                |                           |                           |                              |                                 |                                       |
| 6                                                                                                                                                                                                                                                            | Realizar de forma periódica y constante la inducciones y reinducciones programadas en el año                                                                                                        | 09/01/2018     | 02/01/2020 | Numero de inducciones-reinducciones realizadas/Numero de inducciones -reinducciones a realizar | 40%                       | 60%                       | 100%                         | \$6.000.000 (Semestrales)       | Dirección SIAU - SGC - Gestión Humana |
| 7                                                                                                                                                                                                                                                            | Realizar de forma periódica y constante las evaluaciones del impacto de las inducciones y reinducciones programadas para cada año mediante la comparación de las quejas y la satisfacciones usuario | 09/01/2018     | 02/01/2020 | Número de quejas del año actual/Número de quejas del año anterior (mismo periodo)              | aumento del 20% en quejas | Aumento del 10% en quejas | Disminución del 50% quejas   | \$0                             | Dirección SIAU - SGC - Gestión Humana |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                     | 09/01/2018     | 02/01/2020 | Satisfacción del usuario >9                                                                    | <8 satisfacción           | <9 satisfacción           | entre 9 y 10 de satisfacción |                                 |                                       |
| 8                                                                                                                                                                                                                                                            | Realizar un diagnóstico periódico y constante mediante la comparación de las falencias encontradas inicialmente, determinando si han cambiado o persisten                                           | 09/01/2018     | 02/01/2020 | Numero de falencias mejoradas/número total de falencias                                        | 20%                       | 40%                       | 90%                          | \$1.000.000 (Por cada analisis) | Dirección SIAU - SGC - Gestión Humana |
| 9                                                                                                                                                                                                                                                            | Desarrollar estrategias enfocadas a la mitigación de las falencias persistentes                                                                                                                     | 09/01/2018     | 02/01/2020 | % de avance en estrategias                                                                     | 20%                       | 40%                       | 100%                         | \$1.000.000 (Por cada analisis) | Dirección SIAU - SGC - Gestión Humana |
| <b>Proyecto Estratégico:</b> Socialización y difusión del SIAU y la Política de Humanización                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                     |                |            |                                                                                                |                           |                           |                              |                                 |                                       |
| <b>Objetivo (Fines):</b> Dar a conocer los procedimientos del SIAU y la Política de Humanización a los colaboradores y usuario con el fin de que se interiorice y se empiece a actuar con los pilares d ella humanización (oportunidad, seguridad, dignidad) |                                                                                                                                                                                                     |                |            |                                                                                                |                           |                           |                              |                                 |                                       |
| <b>Estrategia (como):</b> Implantación de estrategias de socialización y difusión del SIAU y la Política de Humanización de la Clínica San Francisco                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                     |                |            |                                                                                                |                           |                           |                              |                                 |                                       |
| No                                                                                                                                                                                                                                                           | ACCIONES (QUE)                                                                                                                                                                                      | FECHA (CUANDO) |            | INDICADOR                                                                                      | Peligro                   | Precaución                | Meta                         | PRESUPUESTO                     | RESPONSABLE                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                     | INICIO         | FINAL      |                                                                                                |                           |                           |                              |                                 |                                       |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                            | Realizar un presupuesto de las actividades a ejecutar y los recursos tanto físicos como humanos que se necesitan para el desarrollo efectivo.                                                       | 02/01/2017     | 28/02/2017 | % de avance en el presupuesto                                                                  | 20%                       | 40%                       | 100%                         | \$0                             | Dirección SIAU                        |

Tabla 27. Balance Score Card – Plan de Mejoramiento (continuación)

| No | ACCIONES (QUE)                                                                                                                                                                                                                                                                               | FECHA (CUANDO) |            | INDICADOR                                                           | Peligro | Precaución | Meta | PRESUPUESTO                                                         | RESPONSABLE                     |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|------------|---------------------------------------------------------------------|---------|------------|------|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------|
|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                              | INICIO         | FINAL      |                                                                     |         |            |      |                                                                     |                                 |
| 2  | Diseñar un personaje institucional que represente la humanización en la Clínica San Francisco                                                                                                                                                                                                | 02/05/2017     | 26/05/2017 | Numero de dependencias que aprueban/Total de dependencias a aprobar | 20%     | 40%        | 100% | \$ 500.000<br>Diseño del personaje                                  | Dirección SIAU - Comunicaciones |
| 3  | Con ayuda del personaje, difundir en todos los servicios de la institución los procedimientos del SIAU, la Política de Humanización y los derechos y deberes.                                                                                                                                | 04/07/2017     | 28/08/2018 | Número de personas informadas/total de personas a informar          | 20%     | 40%        | 90%  | \$ 1.000.000<br>Volantes de difusión                                | Dirección SIAU                  |
| 4  | Modificar la presentación de la inducción del SIAU agregando la información de Humanización, la Política y sus objetivos.                                                                                                                                                                    | 09/01/2018     | 23/02/2018 | % de cambios realizados                                             | 20%     | 40%        | 100% | \$0                                                                 | Dirección SIAU                  |
| 5  | Realizar una reinducción a los colaboradores con el fin de que conozcan de primera mano, la política de humanización y los objetivos que esta persigue.                                                                                                                                      | 09/01/2018     | 02/01/2020 | Numero de inducciones realizadas/Numero de inducciones a realizar   | 20%     | 40%        | 100% | \$1.000.000<br>(Capacitaciones)                                     | Dirección SIAU                  |
| 6  | Hacer uso del personaje institucional creado para fomentar la cultura de servicio humanizado en los colaboradores de la institución, por medio de imágenes y frases alusivas al tema, en carteleras, fondos de pantalla, intranet y demás canales de comunicación usados por la institución. | 09/01/2018     | Indefinido | Quejas clasificadas en humanización/total de quejas                 | 60%     | 30%        | 0%   | \$ 5.000.000<br>(papelería y demás necesitado para las actividades) | Dirección SIAU                  |

Fuente. Elaboración propia

## 5. CONCLUSIONES

- Los procedimientos establecidos en el SIAU son ajustables al proceso de humanización que se quiere emprender en los servicios que presta la Clínica San Francisco; por lo que se podrían articular las herramientas ya existentes en el proceso con las actividades nuevas que surjan, dando mayor confiabilidad al proceso, una secuenciación a las tareas y un menor traumatismo, causado por las actividades nuevas, en los colaboradores que están inmersos dentro de las actividades diarias ya establecidas.
- El SIAU de la Clínica San Francisco cuenta con muchas fortalezas las cuales no se están explotando al máximo, el aprovechamiento de estas fortalezas permitirá tomar un mayor liderazgo y ser mucho más eficiente en los planes y estrategias a implementar. También las herramientas diagnósticas utilizadas demostraron falencias en cuanto a la capacitación del personal, los niveles de motivación, los estilos de liderazgo y la cultura organizacional; factores que son determinantes para un proceso como es la humanización en los servicios.
- La comparación efectuada por medio del proceso del benchmarking y el análisis de los factores de éxito con tres entidades (Clínica María Ángel, Hospital San Bernabé y Clínica Fundación Valle de Lili) evidenciaron que el SIAU de la Clínica San Francisco se encuentra mejor posicionado que la Clínica María Ángel y el Hospital San Bernabé, pero en comparación con la Fundación Valle de Lili, hay mucho camino que recorrer, pues las exigencias en los procesos de calidad, la cultura organizacional, la tecnología, la percepción de calidad y la capacitación del personal son factores claves de éxito en el proceso que aún están muy alejados del ideal. El desarrollo de estrategias en estos aspectos son prioridad en la Gestión Organizacional de la Institución para el alcance de la humanización en los servicios.
- Uno de los aspectos más importantes encontrados es que se hace necesario desarrollar estrategias que mitiguen los impactos generados por la crisis que se vive en el sector, pues estos impactos se traducen en desmotivación, ambiente organizacional negativo, y es crucial para la efectividad de las actividades que propendan por la humanización de los servicios, un personal motivados y con sus necesidades satisfechas como punto de partida para que en primera medida se preste un servicio de calidad, y en segunda que inmiscuya la humanización como su actuar principal.
- Con el plan de mejoramiento se espera que se adopten las medidas necesarias para implementar, medir y controlar el proceso de humanización

en los servicios por medio del SIAU, el cual es un proceso estructurado y que actúa en pro de la satisfacción de los usuarios lo cual es sinónimo de humanización; la creación de una figura institucional que represente y respalde el proceso de humanización ha sido ejemplo de éxito en otras instituciones, por lo que adaptarlo a la Clínica San Francisco sería fortaleza para la generación de cultura, interiorización, concientización y sobre todo un reconocimiento por parte de los colaboradores y los usuarios. El presupuesto total para llevar a cabo el plan de mejoramiento es de \$ 59.300.000 (Cincuenta y Nueve millones trescientos mil pesos).

- Implementando la humanización en los servicios de salud, de la Clínica san Francisco se asegura una satisfacción de los usuarios, pues los aspectos considerados en la estrategia de humanización, contemplan al ser humano en todas sus dimensiones, siendo esto uno de los aspectos más importantes para el usuario en el ciclo de su atención; entonces esto quiere decir que al contar con una cultura organizacional humanizada, pendiente de la necesidad del paciente y su acompañante, la calidad de la información, la calidad técnica, entre otros, se alcanzarán estándares de calidad muy altos, con reducción en indicadores negativos y transfiriendo todos estos beneficios finalmente al usuario.

## **6. RECOMENDACIONES**

- Se estudien las posibles alternativas de solución enfocada hacia el trabajador, ante la crisis del sector que es inminente, implementar estrategias que disminuyan el estrés y la ansiedad en las que se ve a veces el trabajador por los inconvenientes en los pagos de nómina.
- Desarrollar planes de capacitación continuada, donde se le brinden las herramientas al colaborador para prestar un servicio con humanización; el apoyo de la Gerencia General y la articulación con Gestión Humana para su planeación y aprobación.
- La Dirección del Sistema de Información y Atención al Usuario con la participación del Sistema de Gestión de Calidad llevar a cabo los ajustes correspondientes en los procedimientos para que se pueda realizar una medición y control del proceso de humanización en los servicios de salud de la Clínica San Francisco.
- Contar con el apoyo de la Gerencia General para realizar las inversiones pertinentes a los cambios necesarios para dar inicio, así como el presupuesto asignado para las actividades que se llevaran a cabo en un periodo anual.

## LISTAS ESPECIALES

|                                                                                                                      | pág. |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| TABLA 1. Porcentaje de atributos de calidad afectados en las quejas de la Clínica San Francisco durante el año 2015. | 12   |
| TABLA 2. Total quejas año 2015 por proceso                                                                           | 12   |
| TABLA 3. Grado de satisfacción por procesos año 2015                                                                 | 13   |
| TABLA 4. Lo que hace diferente a los productos de los servicios                                                      | 30   |
| TABLA 5. Listado de factores clave de éxito                                                                          | 44   |
| TABLA 6. Procesamiento de Información                                                                                | 61   |
| TABLA 7. Procesamiento de Información - Teorías                                                                      | 62   |
| TABLA 8. Lista de Cheque SIAU                                                                                        | 81   |
| TABLA 9. Caracterización – Benchmarking - Factor 1                                                                   | 90   |
| TABLA 10. Caracterización – Benchmarking - Factor 2                                                                  | 91   |
| TABLA 11. Caracterización - Benchmarking - Factor 3                                                                  | 91   |
| TABLA 12. Caracterización - Benchmarking - Factor 4                                                                  | 92   |
| TABLA 13. Caracterización - Benchmarking - Factor 5                                                                  | 92   |
| TABLA 14. Caracterización - Benchmarking - Factor 6                                                                  | 93   |
| TABLA 15. Caracterización - Benchmarking - Factor 7                                                                  | 93   |
| TABLA 16. Caracterización - Benchmarking - Factor 8                                                                  | 95   |
| TABLA 17. Caracterización - Benchmarking - Factor 9                                                                  | 95   |
| TABLA 18. Caracterización - Benchmarking - Factor 10                                                                 | 96   |
| TABLA 19. MPC – Factores claves de éxito                                                                             | 97   |
| TABLA 20. MPC – Factores claves de éxito – Clínica San Francisco                                                     | 98   |

|                                                                    |     |
|--------------------------------------------------------------------|-----|
| TABLA 21. MPC – Factores claves de éxito – Hospital San Bernabé    | 100 |
| TABLA 22. MPC – Factores claves de éxito – Fundación Valle de Lili | 102 |
| TABLA 23. MPC – Factores claves de éxito – Clínica María Ángel     | 103 |
| TABLA 24. MPC Valor – Factores claves de éxito – Unificado         | 105 |
| TABLA 25. MPC Valor Sopesado – Factores claves de éxito            | 106 |
| TABLA 26. Análisis De Brechas                                      | 112 |
| TABLA 27. Balance Score Card – Plan de Mejoramiento                | 124 |

#### LISTAS DE FIGURAS

|                                                                                                               | pág. |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| FIGURA 1. Comparativo de atributos de calidad en la atención afectados en 2010, 2011, y 2012                  | 10   |
| FIGURA 2. Total atributos afectados de calidad del año 2015                                                   | 11   |
| FIGURA 3. Aspectos prioritarios del Programa de Auditoria para el Mejoramiento Continuo de la Calidad (PAMEC) | 17   |
| FIGURA 4. Triangulo del servicio                                                                              | 28   |
| FIGURA 5. Organigrama general Clínica San Francisco S.A.                                                      | 63   |
| FIGURA 6. Mapa de Procesos Clínica San Francisco S.A.                                                         | 64   |
| FIGURA 7. Organigrama SIAU                                                                                    | 73   |
| FIGURA 8. Árbol de problemas                                                                                  | 88   |
| FIGURA 9. Árbol de objetivos                                                                                  | 89   |
| FIGURA 10. Radar de Comparación - Valor del MPC                                                               | 98   |
| FIGURA 11. Radar de Comparación - Valor Sopesado del MPC – Clínica San Francisco                              | 99   |
| FIGURA 12. Radar de Comparación - Valor del MPC                                                               | 100  |
| FIGURA 13. Radar de Comparación - Valor Sopesado del MPC – Hospital San Bernabé                               | 101  |

|                                                                                       |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| FIGURA 14. Radar de Comparación - Valor del MPC                                       | 102 |
| FIGURA 15. Radar de Comparación - Valor Sopesado del MPC<br>– Fundación Valle De Lili | 103 |
| FIGURA 16. Radar de Comparación - Valor del MPC                                       | 104 |
| FIGURA 17. Radar de Comparación - Valor Sopesado del MPC<br>– Clínica María Ángel     | 105 |
| FIGURA 18. Radar de Comparación - Valor del MPC Unificado                             | 106 |
| FIGURA 19. Radar de Comparación - Valor Sopesado del MPC<br>Unificado                 | 107 |

#### LISTAS DE ANEXOS

|                                                                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ANEXO A. Procedimiento: Producto No Conforme (PR-SGC-005)                                                        |
| ANEXO B. Guía: Determinación de tamaños de muestra para medición de la<br>satisfacción de usuarios (GU-SIAU-002) |
| ANEXO C. Guía de atributos de calidad (GU-SIAU-001)                                                              |

## BIBLIOGRAFÍA

- A. Parasuman, V. A. (1885). *A Conceptual Model of Service Quality and its implication*.
- Albretch, K., & Zemke, R. (2003). *Gerencia del Servicio*. 3R Editores.
- Aldeco P, M. E. (19 de Noviembre de 2014). [www.asmetasalud.org.co](http://www.asmetasalud.org.co). Obtenido de <http://www.asmetasalud.org.co/news/show/title/humanizacion-de-los-servicios-de-salud/src/@random53d80945c5a25>
- Aliena, R. (2007). *Las esferas de la calidad - Volumen 19*. Madrid : Caritas Española Editores.
- Armengol, J. A. (2006). *GENERALIDADES SOBRE LOS CENTROS HOSPITALARIOS Y LA DISCAPACIDAD*. Obtenido de [www.itq.edu.mx/academicos/licenciatura/carreras/arq/Revista\\_arquitectura/Numero\\_4/articulo6.html](http://www.itq.edu.mx/academicos/licenciatura/carreras/arq/Revista_arquitectura/Numero_4/articulo6.html)
- Bermejo Higuera, J. C. (2012). [www.acreditacionesensalud.org.co](http://www.acreditacionesensalud.org.co). Obtenido de <http://www.acreditacionesensalud.org.co/seguridad.php?IdSub=190&IdCat=84>
- Bermejo Higuera, J. C. (1 de Septiembre de 2013). *Jose Carlos Bermejo Higuera*. Obtenido de <http://www.josecarlosbermejo.es/blog/>
- Bernal, 2., Brusco, 2., & Camilos, 2. (2003). *Manual para la Formación de Líderes en Humanización en Salud*. Obtenido de <http://www.centrocamiliano.com/humanizaci%C3%B3n-del-cuidado-en-salud/333-la-humanizacion-de-los-servicios-de-salud.html>
- Berry, L. B. (1989). *Calidad de Servicio: Una ventaja estrategica ppara instituciones financieras*. BARcelona: Grupo editorial norma.
- Betancourt, B. (2013). ¿Que es el benchmarking o referenciación? En B. Betancourt, *Bnechmarking Competitivo* (págs. 11-12). Tulua: Franciscos Impresos.
- Betancourt, B. (2013). Benchmarking Competitivo. En B. Betancourt, *Matriz del Perfil Competitivo* (págs. 23-24). tulua.
- Betancourt, B. (2013). Listado de Factores clave de exito. En B. Betancourt, *Benchmarking competitivo* (pág. 22). tulua: Franciscos Impresos.
- Caracol Radio. (20 de Junio de 2000). [www.caracol.com.co](http://www.caracol.com.co). Obtenido de <http://www.caracol.com.co/noticias/actualidad/colombia-tiene-el-mejor-sistema-medico-de-a-latina-oms/20000620/nota/23398.aspx>

- Certo, S. (2001). *Administración Moderna*. Colombia: Pearson Educación.
- Clínica San Francisco. (2015). *Clinica San Francisco*. Recuperado el 29 de 03 de 2016, de Historia: <http://www.clinicasanfrancisco.com.co/historia.php>
- Clinica San Francisco, S. (s.f.). Plataforma Estrategica. *Plataforma Estrategica*. Clinica San Francisco S.A., Tulua.
- Colprensa y Redacción. (18 de 08 de 2004). *Diario El Pais*. Obtenido de Corrupción, un cáncer que desangra a la salud: <http://historico.elpais.com.co/paionline/notas/Febrero052004/B105N2.html>
- Commission European. (2004). *Aid Delivery Methods, Project Cycle Management Guidelines*. Recuperado el 29 de 04 de 2016, de [http://portals.wi.wur.nl/files/docs/ppme/pcm\\_manual\\_2004\\_en.pdf](http://portals.wi.wur.nl/files/docs/ppme/pcm_manual_2004_en.pdf)
- Congreso de la Republica de Colombia, sistema de seguridad social integral., Nuevo régimen de seguridad social Ley 100 de 1993, artículo 152. (1993).
- Digby, J. (26 de Octubre de 2010). *Return On Behavior Magazine*. Obtenido de [www.http://returnonbehavior.com/](http://returnonbehavior.com/): <http://returnonbehavior.com/2010/10/50-facts-about-customer-experience-for-2011/>
- Dominguez Collins, H. (2006). *El servicio Invisible: Fundamento de un Buen Servicio al Cliente*. ECOE Ediciones.
- E, L. G. (2 de Marzo de 2013). *¿De qué se quejan más los usuarios del servicio de salud ?*
- Edición El Pais S.L. (7 de Febrero de 2016). *servicios.el.pais.com*. Obtenido de <http://servicios.elpais.com/diccionarios/sinonimos-antonimos/afable>
- EL TIEMPO, Casa Editorial. (31 de Octubre de 2013). *Liquidan al hospital San Vicente de Paul en Palmira*. Obtenido de [www.eltiempo.com](http://www.eltiempo.com): <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-13153428>
- FSFB. (s.f.). [www.sfsb.org.co](http://www.sfsb.org.co). Obtenido de <http://www.sfsb.org.co/pacientes?q=node/1935&mt=true>
- Fundación Valle de Lili. (Febrero de 2014). [www.valledelili.org](http://www.valledelili.org). Obtenido de <http://www.valledelili.org/sites/default/files/files/Revista%20No%2040%20web.pdf>
- GARCIA FERRANDO, M. (1992). *La Encuesta*. Madrid: Alianza Universidad.
- GÓMEZ, L. (2 de Marzo de 2013). *¿De qué se quejan más los usuarios del servicio de salud ? Periodico El Tiempo*.

- Goodstein, L., Nolan, T., & Pfeiffer, W. (1998). Planeación Estratégica Aplicada. En L. Goodstein, T. Nolan, & W. Pfeiffer, *Planeación Estratégica Aplicada* (pág. 309). Bogotá DC: MC Graw Hill Interamericana S.A.
- Hawkins. (2004). *Comportamiento del Consumidor, consstruyendo estrategias de marketing*. Mexico: Mc Graw Hill.
- Hernandez Sampier, R., Fernandez Collado, C., & Baptista Lucio , P. (2005). *Fundamentos de MEtodología de la Investigación: Bachillerato*. McHraw-Hill.
- ICONTEC. (2006). *Acreditación en Salud*. Obtenido de <http://www.acreditacionensalud.org.co/acreditacion.php>
- ICONTEC Internacional. (2014). *www.icontec.org*. Obtenido de <http://www.icontec.org/index.php/es/inicio/acreditacion-en-salud/ejes-de-la-acreditacion>
- Ismael, L. (25 de Agosto de 2014). *Siergia Insular*. Obtenido de Sinergia Insular: <https://sinergiainsular.com/tag/satisfaccion-del-cliente/>
- J., W. (s.f.).
- Juan, Santiago, & Roussos, a. (2010). *El focus gropu como tecnica de investigación cualitativa*. Obtenido de [www.ub.edu.ar: http://www.ub.edu.ar/investigaciones/dt\\_nuevos/256\\_roussos.pdf](http://www.ub.edu.ar/investigaciones/dt_nuevos/256_roussos.pdf)
- Kaplan, R., & Norton, D. (2000). *Mapas Estrategicos, Diagnostico Empresarial*. Ediciones 2000.
- Kotler, P. (2001). *Dirección de Mercadotecnia - Analisis, Planeación, Implementación y Control 8va edición*. Pearson Educación.
- Ley Internacional de Derechos Humanos. (10 de Diciembre de 1948). <http://www.humanrights.com>. Obtenido de <http://www.humanrights.com: http://www.humanrights.com/es/what-are-human-rights/universal-declaration-of-human-rights/articles-21-30.html>
- Martinez, O. (2003). *Autoconocimiento y Comunicación Humana*. Mexio: Universidad Iberoamericana.
- MUNGUÍA, S. C. (26 de 01 de 2014). *Noticias Net*. Obtenido de <http://www.noticiasnet.mx/porta/oaxaca/191566-instituciones-coloniales-dedicadas-preservar-salud>
- Muñoz, N. J. (22 de Julio de 2015). *El Tiempo*. Obtenido de [www.eltiempo.com: http://www.eltiempo.com/estilo-de-vida/salud/explicacion-a-la-crisis-de-la-salud/16132800](http://www.eltiempo.com: http://www.eltiempo.com/estilo-de-vida/salud/explicacion-a-la-crisis-de-la-salud/16132800)

- Osorio, M. L. (s.f.). Política de Humanización. *Planeación Estratégica de Humanización*. Clínica San Francisco S.A., Tulua.
- Osorio, S. (2015). Humanización de los servicios. *Conferencia Clínica San Francisco*, (pág. 2). Tuluá.
- Paez Torres, M. (29 de Julio de 2009). *Universidad Nacional de Colombia*. Obtenido de [historico.unperiodico.unal.edu.co: http://historico.unperiodico.unal.edu.co/ediciones/110/10.html](http://historico.unperiodico.unal.edu.co/ediciones/110/10.html)
- Real Academia Española. (7 de Febrero de 2016). *dle.rae.es*. Obtenido de <http://dle.rae.es/?id=KnbmIsL>
- Restrepo Ledesma, S. (s.f.). Consolidado de atributos afectados en la calidad del servicio. *Consolidado quejas 2011, 2012, 2013*. Clínica San Francisco S.A., Tuluá.
- Rodriguez, D. (2005). *Diagnostico Organizacional*. Santiago de Chile: Alfaomega Ediciones Universidad Catolica de Chile.
- Romagnoli, S. (2007). Herramientas de Gestión: Diagnostico Empresarial. *Fruticultura & Diversificación*, 9.
- Sanguillo Antolin, M. (2006). Humanización y responsabilidad de los cuidados de enfermería en una unidad de enfermería urológica. *Enfuro*, 15-20.
- Schiffma, L. G., & Lazar Kanuk, L. (2005). *Comportamiento del consumidor*. Mexico: Pearson Educación.
- SENA. (2015). *Plan de Mejoramiento*. Obtenido de <http://www.sena.edu.co/transparencia/gestion-de-evaluacion-y-control/Paginas/plan%20de%20mejoramiento.aspx>
- Solomon, M. R. (2008). *Comportamiento dle consumidor*. Mexico: Pearson Prentice Hall.
- Stanton, W. J. (2004). *Fundamentos de Marketing*. Mexico: Mc Graw Hill.
- Taylor, F. y. (1984). *Social Cognition*. Addison - Wesley.
- Tigani, D. (2006). *AGAMA Pigmentos y MAssterbatch*. Obtenido de <http://capacitacion.agama.com.mx/biblioteca.html>: <http://capacitacion.agama.com.mx/agamacapacitacion/Libros/Libro%20de%20Ventas.pdf>
- Turnes, D. A. (14 de 09 de 2009). Obtenido de <http://www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulos/origen-y-evolucion.pdf>

- Valdez Rivera, S. (1998). *Diagnostico empresarial: Metodo para identificar, resolver y controlar problemas en la empresa*. Mexico: Trillas.
- Valencia Rodriguez, J. (2005). Como aplicar la planeación estrategica a la pequeña y mediana empresa. En J. Valencia Rodriguez, *Como aplicar la planeación estrategica a la pequeña y mediana empresa* (pág. 138). Mexico DF: Internacional Thompson Editores.
- Villareal Zapata, J., Echavarria Restrepo, J., & Carvajal, V. (21 de Agosto de 2015). *delaube periodismo universitario*. Obtenido de delaube periodismo universitario: <http://delaube.udea.edu.co/2015/08/21/crisis-de-la-salud-en-colombia-que-esta-pasando/>
- Zeithmal, V. A. (2004). *Services Marketing*.