

# PLAN DE DESARROLLO

GERENCIA 2016 - 2020

Acuerdo 019 de 2016  
Junta Directiva

LUIS MARIA OTALVARO SANCHEZ  
Gerente

## **EQUIPO LÍDER DE LA ELABORACIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO**

LUIS MARÍA OTÁLVARO SÁNCHEZ  
Gerente

ROBERTO HERNÁN GÓMEZ MORA  
Subdirector Científico

ALEJANDRO ALBEIRO SALAZAR OSORNO  
Subdirector Administrativo y Financiero

JUAN CAMILO PULGARÍN BERRÍO  
Profesional Universitario Jefe Grupo Talento Humano

OLGA LUCÍA LONDOÑO RAMÍREZ  
Profesional Universitario Jefe de Grupo de Sistemas

CYNTIA TERESA MOGOLLÓN JAIMES  
Asesora de Calidad

EVELIO DE JESÚS GARCÍA HENAO  
Asesor Jurídico

ELIZABETH CRISTINA PÉREZ RAMÍREZ  
Asesora de Control Interno

ASTRID YOLANDA VILLEGAS HENAO  
Asesora de Contabilidad

GLORIA PATRICIA MORENO SÁNCHEZ  
Tesorera General

CLAUDIA PATRICIA BLANDÓN QUINTERO  
Coordinadora Área de Auditoría Médica y Cartera

JAVIER DARÍO ROLDÁN GÓMEZ  
Auditor Médico

ÉRIKA LILIANA DÍAZ ECHEVERRI  
Coordinadora Área de Facturación

MARÍA EDILMA RAMÍREZ OROZCO  
Técnica Operativa (Encargada de Atención al Usuario)

EDINSSON JARAMILLO JARAMILLO  
Coordinador Asistencial

CARLOS MARIO GIRALDO MEJIA  
Jefe Coordinador Urgencias

DIANA MALLEY RESTREPO GOMEZ  
Jefe Coordinadora Cirugía

MARIA MERCEDEZ BRAVO  
Jefe Coordinadora Consulta Externa

ASTRID MILENA ZAPATA MARIN  
Coordinadora Laboratorio Clínico

LUZ ELENA RENDÓN CASTRILLON  
Directora Banco de Sangre

GONZALO DE JESUS VALENCIA ARBELAEZ  
Químico Farmacéutico

DIANA MARIBEL CARMONA GOMEZ  
Tecnóloga en Rayos X

ADRIANA MARGARITA RIAÑO TORRES  
Coordinadora Salud Visual

JOAQUIN ALONZO RESTREPO CAMPUZANO  
Patólogo

CAROLINA JIMENEZ JARAMILLO  
Fisioterapeuta

DISMARY FLOREZ RESTREPO  
Ingeniera Ambiental

JOAN ALEXIS URBINA RIOS  
Auxiliar administrativo (Almacén)

SERGIO ANDRES ZAPATA CORREO  
Auxiliar administrativo (Inventarios)

RUBEN DARIO LOPEZ FLOREZ  
Auxiliar administrativo (Costos)

## TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN .....	5
1. MARCO NORMATIVO .....	6
2. PLATAFORMA ESTRATÉGICA DE LA EMPRESA .....	7
2.1 RESEÑA HISTÓRICA.....	7
2.2 MISIÓN.....	8
2.3 VISIÓN.....	8
2.4 OBJETIVOS INSTITUCIONALES.....	8
<b>OBJETIVO GENERAL.....</b>	<b>8</b>
<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....</b>	<b>8</b>
2.5 VALORES INSTITUCIONALES.....	9
2.6 PRINCIPIOS INSTITUCIONALES.....	9
2.7 POLÍTICA INTEGRAL.....	10
<b>OBJETIVOS DE LA POLÍTICA INTEGRAL.....</b>	<b>10</b>
2.8 ORGANIGRAMA.....	11
3. METODOLOGÍA.....	12
3.1 REVISIÓN DEL PLATAFORMA ESTRATÉGICA .....	13
3.2. ANÁLISIS DE LAS FORTALEZAS, DEBILIDADES, OPORTUNIDADES Y AMENAZAS DEL HOSPITAL (ANÁLISIS DOFA).....	13
3.3 REVISIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO POR PARTE DE LOS RESPONSABLES Y DUEÑOS DE CADA PROCESO .....	14
3.4 FORMULACIÓN DE ESTRATEGIAS .....	14
4. ANÁLISIS SECTORIAL.....	15
4.1 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL.....	15
<b>4.1.1 ANÁLISIS DEL CONTEXTO EXTERNO .....</b>	<b>15</b>
<b>4.1.2 ANÁLISIS DEL CONTEXTO INTERNO .....</b>	<b>16</b>
<b>4.1.2 ESTADO FINANCIERO .....</b>	<b>17</b>
<b>4.1.3 DIAGNOSTICO EPIDEMIOLOGICO .....</b>	<b>18</b>
5. PLANTEAMIENTO ESTRATÉGICO.....	20
5.1 ESTRATEGIA GLOBAL.....	20
5.2 DEFINICIÓN Y RELACIÓN DE ESTRATEGIAS Y PROCESOS.....	20
6. EVALUACIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO.....	28
6.1 SOCIALIZACIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO .....	28

## INTRODUCCIÓN

El Plan de Desarrollo vigencia 2016-2020, presenta las metas, estrategias, procesos, actividades y líneas de acción que el HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS E.S.E. de Rionegro seguirá, orientado al alcance de la visión para el 2020 mediante el cumplimiento de su misión, estableciendo directrices bajo las cuales se desarrollarán los objetivos misionales, este plan fue presentado a la Junta Directiva del Hospital para su respectiva aprobación.

El Plan de Desarrollo está enmarcado en los servicios de Segundo y Tercer Nivel de Complejidad, presentados en el Portafolio de Servicios del Hospital y la definición de la Plataforma Estratégica, desagregando una serie de metas para el período, las cuales se medirán en avances anuales.

La metodología empleada para la elaboración del Plan de Desarrollo, parte de una elaboración de metas y estrategias desde los líderes de las áreas administrativas y asistenciales, que orientan y limitan los alcances del Plan. Toda Institución tiene la obligación y más aún si es pública, de realizar su Plan de Desarrollo con la participación de todos, tanto funcionarios, usuarios e instancias y autoridades municipales.

De acuerdo con lo anteriormente expuesto el Plan de Desarrollo Institucional del Hospital San Juan de Dios E.S.E. Rionegro Antioquia, presenta los aspectos generales, una caracterización básica del Hospital, el diagnóstico institucional en el que se muestra el ¿cómo está la entidad?, en los niveles externo, organizacional e interno y luego, se exponen los proyectos con los que se pretende dar cumplimiento a los objetivos institucionales.

## 1. MARCO NORMATIVO

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA DE 1991, Artículo 49 en el cual establece que “La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad”.

Ley 9 de 1979. Establece el Código Sanitario Nacional.

Ley 100 de 1993. Por medio de la cual se crea el Sistema General de Seguridad Social que incluye el Sistema de Salud, el Sistema General de Pensiones, el Sistema General de Riesgos Profesionales y los Servicios Sociales Complementarios.

Ley 152 de 1994. Por la cual se establece la Ley Orgánica del Plan de Desarrollo.

Ley 715 de 2001. Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los Artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.

Ley 1122 de 2007. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

Ley 1438 de 2011. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

Ley 1450 de 2011. Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014.

Ley 1454 de 2011. Por la cual se dictan normas orgánicas sobre Ordenamiento Territorial y se modifican otras disposiciones.

Decreto 1757 de 1994. Por medio del cual se reglamenta la Participación en el Sistema de Seguridad Social en Salud.

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.

## **2. PLATAFORMA ESTRATÉGICA DE LA EMPRESA**

### **2.1 RESEÑA HISTÓRICA**

En la Ciudad Santiago de Arma de Rionegro, mediante Decreto del 20 de Septiembre de 1788, se fundó el Hospital San Juan de Dios, con Licencia expedida por el Virrey Espeleta y despachado por los Miembros de la Real Audiencia.

El Hospital en sus comienzos fue construido en donde hoy funciona el Instituto Josefina Muñoz con el nombre de Hospital de Caridad del Distrito de Rionegro, nombre con el cual se bautizó este centro asistencial, el cual resolvió en gran parte los problemas de salud de los rionegreros que en ese momento ascendían a 10 mil habitantes.

Este centro asistencial se creó ante la necesidad de atención médica inmediata a pacientes con enfermedades agudas a quienes por su estado de salud les era difícil su traslado al Hospital de Ciudad Antioquia, ya que el recorrido que se hacía entre estas dos poblaciones se demoraba entre tres y cuatro días.

Hacia 1963 el Gerente General de la Beneficencia de Antioquia, hizo entrega oficial del nuevo edificio, pero solo hasta el 26 de mayo se inició el traslado al nuevo local, iniciando labores con una mesa para cirugía y una clínica. Además de los implementos del antiguo hospital y con ocho pacientes que requerían vigilancia médica constante. El 13 de agosto de 1963 se inaugura la nueva sede del hospital, con una asistencia de cerca de 700 personas. Un año después el Hospital de Rionegro presentó el más alto índice de hospitalización en Colombia, realizándose más de 2.393 admisiones por año y en 1968 se convierte en la primera Regional de Salud de Antioquia atendiendo a 23 municipios del Oriente Antioqueño con sus respectivos hospitales, centros de salud y puestos de salud; en la actualidad continúa prestando sus servicios de salud a las diferentes Subregiones del Oriente Antioqueño, al Departamento y al País.

Mediante Acuerdo No. 042 del 9 de Junio de 1940 se establece que el HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS, es una entidad sin ánimo de lucro, de origen público, dedicado a la prestación de servicios de salud a la comunidad.

Por medio del Acuerdo No. 062 expedido por el Concejo Municipal el 19 de septiembre de 1995, se transforma el Hospital en una Empresa Social del Estado del Orden Municipal, con categoría especial de Entidad Pública y calidad de Entidad Descentralizada del Orden Municipal, dotada de Personería Jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, sometida al régimen jurídico previsto en el Capítulo III de la Ley 100 de 1993.

Mediante el acuerdo 142 de diciembre 8 de 2000 cambia la razón social por HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS E.S.E. RIONEGRO – ANTIOQUIA, nombre con el que es reconocido a nivel local y nacional.

## **2.2 MISIÓN**

Prestar una atención humanizada a los usuarios y su familia que requieran servicios de Segundo y Tercer Nivel de Complejidad, con estándares de calidad, promoviendo la seguridad del usuario, el desarrollo institucional, el bienestar de la comunidad y de sus funcionarios en armonía con el medio ambiente.

## **2.3 VISIÓN**

Para el año 2020 El HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS E.S.E. de Rionegro, será reconocido por sus altos estándares de calidad, innovación y liderazgo en la prestación de servicios de salud de Segundo y Tercer Nivel de Complejidad que contribuya a la satisfacción de los usuarios.

## **2.4 OBJETIVOS INSTITUCIONALES**

### **OBJETIVO GENERAL**

Orientar la gestión corporativa hacia la prestación de servicios de salud de segundo y tercer nivel de complejidad, enmarcados en la calidad y la atención humanizada y segura, centrada en el ser humano y su familia, a través de la utilización responsable de sus recursos y la orientación de sus esfuerzos hacia el mejoramiento continuo.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Brindar servicios de salud de Segundo y Tercer Nivel, innovadores, seguros y humanizados, enfocados en ampliar la oferta de especialidades médicas, mediante el desarrollo de nuevos servicios que permitan una mayor accesibilidad y cobertura de la población en busca de la satisfacción del usuario y su familia.
- Ubicar la institución en un importante nivel de desarrollo, fortaleciendo la estructura organizacional segura, confiable y altamente comprometida, sostenible financieramente con un modelo tecnológico moderno y eficiente que soporte integralmente el Sistema de Gestión y la proyecte al alcance de su visión



- Diseñar un conjunto de intervenciones integrales que permitan a la institución desde el mejoramiento de la infraestructura, optimizar las condiciones de seguridad y confort, generando nuevos espacios físicos que brinden un ambiente de trabajo adecuado para una mejor prestación de los servicios.
- Garantizar un talento humano competente, satisfecho y comprometido, que refleje en su labor el crecimiento personal y profesional como parte fundamental del mejoramiento continuo empresarial.
- Fortalecer el Sistema Integral de Garantía de Calidad con énfasis en la seguridad del paciente, la humanización de los servicios, buscando el mejoramiento continuo de los procesos y el fortalecimiento de la imagen corporativa.
- Generar una cultura organizacional del autocontrol con una gestión adecuada de los riesgos y procesos institucionales.
- Fortalecer los convenios Docencia-Servicio que contribuyan con el desarrollo integral del personal en formación y su adecuada adopción y cumplimiento de los procesos institucionales.
- Fortalecer el Sistema de Información para la adecuada toma de decisiones, con una Gerencia ágil, dinámica y abierta a los retos y posibilidades del mercado de la salud.

## 2.5 VALORES INSTITUCIONALES

- **RESPECTO:** Reconocimiento a la dignidad humana.
- **COMPROMISO:** Capacidad de entrega.
- **EFICIENCIA:** Resultados óptimos con el uso adecuado de los recursos.
- **RESPONSABILIDAD:** Cumplimiento correcto y oportuno de los objetivos institucionales.

## 2.6 PRINCIPIOS INSTITUCIONALES

- **HONESTIDAD:** Actuación con honradez y coherencia.
- **LEALTAD:** Fidelidad a los principios y valores institucionales.

- **TRANSFERENCIA:** Actuaciones y decisiones claras y públicas.
- **SOLIDARIDAD:** Trabajo en equipo para el logro de los propósitos y fines.
- **HUMANIZACIÓN:** Valoración a la condición del usuario.

## 2.7 POLÍTICA INTEGRAL

El Hospital está comprometido con la calidad en la prestación de servicios de salud de Segundo y Tercer Nivel de Complejidad, ofreciendo atención humanizada centrada en nuestros usuarios y su familia, con equidad y seguridad a través del mejoramiento continuo, la aplicación de los procesos, el cumplimiento normativo y el cuidado del medio ambiente.

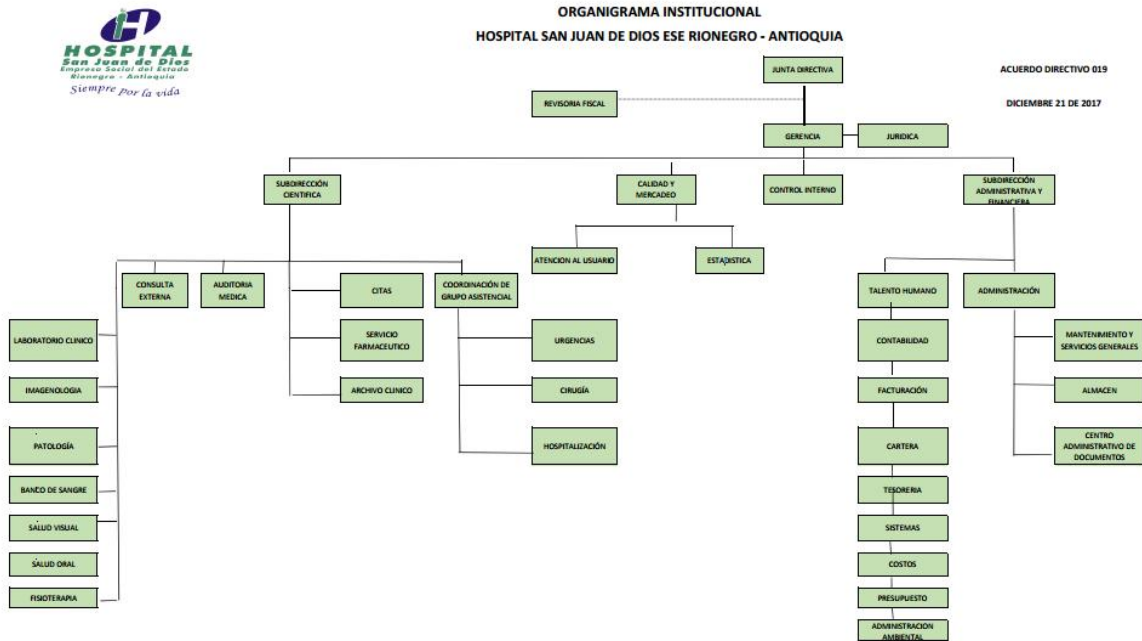
En nuestra institución valoramos la importancia de brindar un desarrollo integral a todo el equipo de trabajo, encaminado al bienestar, prevención y control de factores de riesgos ambientales y ocupacionales, generando un clima organizacional óptimo que permita el crecimiento de los funcionarios y la satisfacción de los usuarios cumpliendo con nuestro slogan “Siempre por la Vida” con sentido Humano y Ecológico.

### OBJETIVOS DE LA POLÍTICA INTEGRAL

- Mantener y verificar las condiciones de seguridad laboral, que permitan el buen desempeño de los empleados.
- Cumplir con los requisitos legales vigentes encaminados al mejoramiento continuo permitiendo determinar la satisfacción y expectativas de nuestros usuarios.
- Adoptar acciones encaminadas a la promoción, prevención y manejo de los impactos ambientales que la prestación de servicios de salud pueden generar en la institución.
- Fortalecer el desarrollo técnico, científico y económico buscando mantener nuestro posicionamiento en el medio.

## 2.8 ORGANIGRAMA

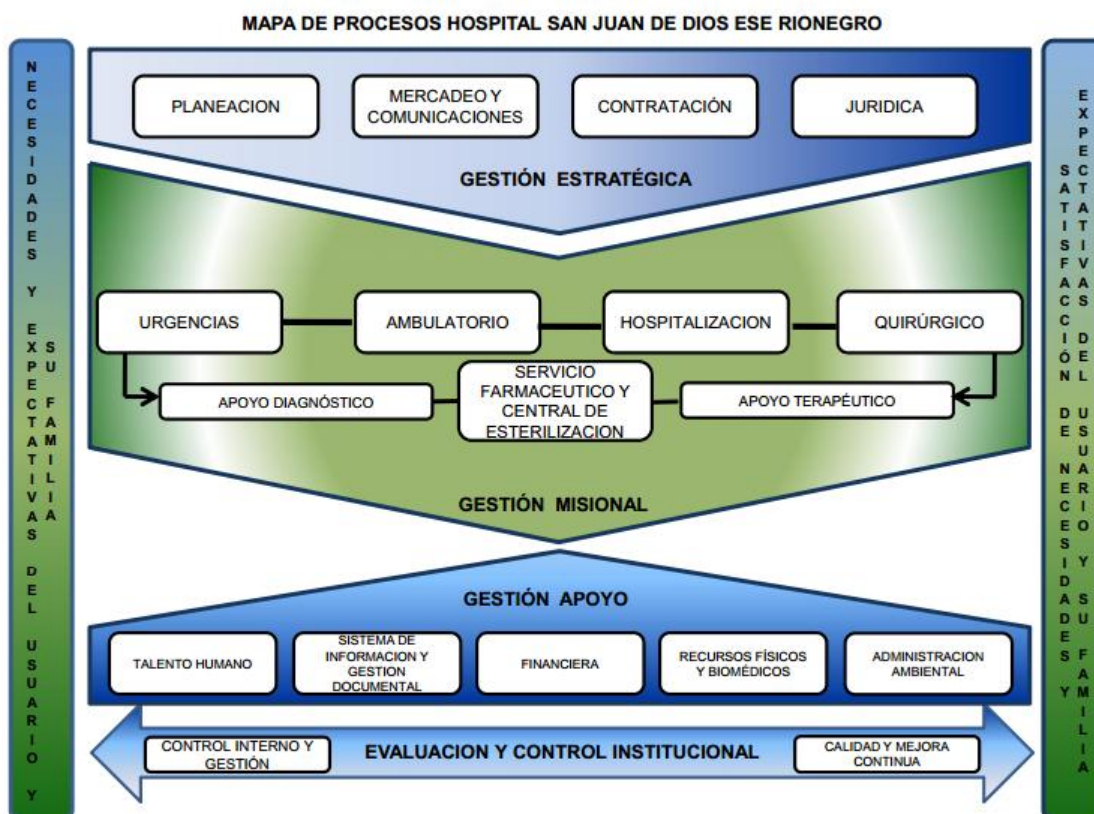
### ORGANIGRAMA INSTITUCIONAL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS E.S.E. RIONEGRO - ANTIOQUIA



### 3. METODOLOGÍA

La formulación del Plan de Desarrollo Institucional para la vigencia del 2016-2020 se realizó de forma participativa con los funcionarios de la institución y los líderes de las áreas administrativas y asistenciales, teniendo en cuenta que el insumo primario es el diagnóstico del estado interno de los procesos de la organización y un análisis externo, que permita identificar las fortalezas, debilidades, amenazas y oportunidades de la institución y de este modo formular estrategias que le permitan responder a las condiciones que influyen en la prestación de los servicios de salud extramurales e intramurales.

Para ésto se tuvo en cuenta el Mapa de Procesos Institucional permitiendo ver la institución como un todo de una manera sistémica e integral, donde se definieron como líneas de acción los grupos de procesos institucionales:



- **Línea de Acción de Desarrollo Estratégico:** Donde se integran los procesos de Planeación, Mercadeo y comunicación, Contratación y Jurídica, éstos agruparán estrategias de inteligencia empresarial y el planear de la institución.

- **Línea de Acción de Desarrollo Misional:** Agrupa los procesos de producción de Urgencias, Consulta Externa, Hospitalización, Cirugía, Apoyo Diagnóstico, Apoyo Terapéutico, Servicio Farmacéutico y Central de Esterilización. Ésto define estrategias de satisfacción al usuario y son la razón de ser de la institución.
- **Línea de Acción de Desarrollo Procesos de Apoyo:** Agrupa los procesos de Talento Humano, Sistemas de Información y Gestión Documental, Financiera, Recursos Físicos y Biomédicos (compras, inventarios, procesos administrativos), y Administración Ambiental. Éste incluye estrategias de desarrollo sostenibles y logro de mejoramiento.
- **Evaluación y Control:** Tiene un componente de evaluación y control el cual es transversal a toda la institución, en él se encuentran Control interno y Gestión de Calidad y Mejora Continua.

### 3.1 REVISIÓN DEL PLATAFORMA ESTRATÉGICA

En el taller de planeación estratégica participan los directivos y los líderes de los procesos, quienes son los responsables, a través de su conocimiento y experiencia, de suministrar la información necesaria para estructurar la Plataforma Estratégica de la organización, se realizó un análisis de la misma por parte de la Gerencia conjuntamente con el Comité Directivo y los funcionarios de la institución, encontrando la necesidad de ajustar la misión, visión y objetivos institucionales a los requerimientos no solo de la institución sino de la comunidad. (Anexo 1)

### 3.2. ANÁLISIS DE LAS FORTALEZAS, DEBILIDADES, OPORTUNIDADES Y AMENAZAS DEL HOSPITAL (ANÁLISIS DOFA)

Un diagnóstico estratégico se convierte en un ejercicio enriquecedor para el Hospital dado que contempla dos aspectos trascendentales para entender la dinámica de la institución y las fuerzas que coexistan y son determinantes en el desenvolvimiento de la actividad misional de la entidad, como son el análisis de la situación interna y en segundo término el análisis del entorno en que ejecuta sus acciones

Mediante talleres de planeación se dispuso la elaboración del diagnóstico con la participación de los directivos, miembros de la Junta Directiva, de cada líder de proceso y las personas claves de cada uno de los mismos, todo ésto teniendo en cuenta los lineamientos definidos en el Modelo Estándar de Control Interno

MECI:1000-2005 y logrando el desarrollo del elemento de componente de Planes y Programas en el cual se encuentra implícito el desarrollo de la matriz.

### **3.3 REVISIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO POR PARTE DE LOS RESPONSABLES Y DUEÑOS DE CADA PROCESO**

El Plan de Desarrollo formulado por el Hospital para el período 2016-2020 se evaluará y se revisará cada tres meses, para ello se definirá un Plan Operativo Anual, que verificará y evaluará el cumplimiento de las estrategias y actividades definidas en el Plan de Desarrollo 2016-2020.

### **3.4 FORMULACIÓN DE ESTRATEGIAS**

Para la formulación y definición de estrategias se realizó un análisis de la MATRIZ DOFA con los responsables de cada uno de los procesos, con el Comité Directivo y con los funcionarios de la institución, se examinaron aspectos internos y externos. Ver formato FPE0102003 Análisis Estratégico Externo e Interno (Anexo 2).

Se realizó un análisis grupal de los factores externos e internos obteniendo el listado de Fortalezas, Oportunidades, Amenazas y Debilidades. Para la definición de estrategias, se realiza el cruce entre fortalezas y oportunidades, debilidades y oportunidades, fortalezas y amenazas, debilidades y amenazas y de esta combinación se definen las estrategias. Ver formato FPE0102004 (Anexo 3).

Una vez se tienen definidas las estrategias a trabajar, los integrantes del grupo interdisciplinario conformado definen el Plan de Desarrollo 2016-2020 que se trabajará teniendo en cuenta líneas de acción, procesos, estrategias, metas y actividades para los próximos cuatro años. Ver formato FPE0102005 Definición de Planes y Programas (Anexo 4).

## **4. ANÁLISIS SECTORIAL**

### **4.1 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL**

El HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS E.S.E. Rionegro - Antioquia, presta servicios de Segundo y Tercer Nivel de Complejidad a la población de 23 municipios del Oriente Antioqueño y otras áreas de influencia, incluyendo población pobre no asegurada, propendido porque el desarrollo de sus funciones esté siempre enmarcado en los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación permitiendo que se consolide como modelo de desarrollo Institucional reflejado en el diseño de su Plataforma Estratégica y Jurídica: Misión, visión, valores, objetivos, políticas, estructura orgánica, reglamento de trabajo, manual de funciones, y los comités institucionales que apoyan en forma permanente para el mejoramiento de la prestación de los servicios.

El Hospital cuenta con una estructura orgánica de conformidad con lo establecido en el Decreto 1876 de 1994, con un área de dirección compuesta por la Junta Directiva que marca las pautas y las directrices generales para el manejo de la Empresa, y la Gerencia quien tiene bajo su responsabilidad la dirección y control de la misma.

#### **4.1.1 ANÁLISIS DEL CONTEXTO EXTERNO**

La situación económica y política ha afectado directamente el sector salud dentro del contexto social vigente. Factores negativos como la inflación y la incertidumbre que generan las reformas tributarias aunada a la no existencia de una regulación de precios, afectan algunos momentos en la decisión de compra de equipos y las finanzas de la institución, además que la situación política ha disminuido la credibilidad de las instituciones del estado y los intereses de los mandatarios están centrados en otros sectores, haciendo sentir y padecer un abandono a todo el sector salud en cuanto a que no se destinan recursos y se legislan cada vez más normas que dificultan la sostenibilidad de las instituciones prestadoras de servicios de salud.

El aumento de la población y la poca formalización del empleo se van convirtiendo en un peso para las instituciones de salud, donde el crecimiento de las mismas no alcanza a cubrir las necesidades de la población demandante, lo cual impide el restablecimiento del estado de salud de las personas que a su vez va generando nuevas necesidades frente a los servicios de salud.

Así mismo se generan dificultades para la adquisición de nuevas tecnologías y la renovación de las existentes, lo que afecta la calidad de la atención en cuanto a la prestación de servicios con las mejores opciones del mercado y disminuyendo el

nivel de competitividad en el mercado aún siendo el Hospital de Segundo Nivel de referencia de 23 municipios.

Estas amenazas requieren del uso de fortalezas, especialmente en la contribución a la sostenibilidad financiera, técnico-científica y de gestión social, así como la diversificación de su portafolio.

La información analizada permite inferir que la crisis de la salud no puede seguir analizándose en desconexión con el resto de la economía. Por otro lado hay una profunda crisis global en los sistemas de pago que ha hecho que los recursos no fluyan y que su costo financiero sea muy elevado.

La crisis que atraviesa nuestro sistema de salud exige un nuevo tipo de decisiones, tanto públicas como de índole institucional empresarial, más oportunas y más ambiciosas:

Las entidades deben acelerar su direccionamiento estratégico, los sistemas de pago de los recursos públicos tienen que volverse más ágiles y transparentes. Se debe lograr la consolidación institucional. El renovado dinamismo empresarial tiene que combinarse con la orientación estratégica del sector. Es fundamental que el Gobierno defina claramente las reglas con relación al aseguramiento y la refinanciación de los hospitales públicos.

#### **4.1.2 ANÁLISIS DEL CONTEXTO INTERNO**

El HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS E.S.E. Rionegro – Antioquia, atiende los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud, pertenecientes a las EPS como: Coomeva, Sura, Fundación Médico Preventiva, Comfama, Fuerza Aérea, Policía Nacional, entre otros.

A la población no cubierta por el SGSSS (vinculada) a través de convenio con la Secretaría Seccional de Salud de Antioquia (DSSA) con subsidio a la oferta. A los particulares que soliciten los servicios que tiene la institución. Y otras como atención a medicina prepagada, pólizas y otros seguros en salud. Es de anotar que el Hospital tiene un buen nombre entre los usuarios e históricamente ha sido una de las primeras opciones ante la necesidad de servicios de salud de la población, pero no se puede dejar de lado la aparición de nuevas instituciones prestadoras de servicios de salud con calidad.

A través del tiempo la institución ha venido desempeñándose como un centro de referencia de los 23 municipios del Oriente Antioqueño, ofreciendo servicios de salud del II y III Nivel de Complejidad, dando cobertura a la población de los regímenes Contributivo y Subsidiado que conforman el actual Sistema General de Seguridad Social en Salud y otros aseguradores, pero también es importante entender la necesidad de ampliar mercados, desarrollar nuevos servicios que



generen rentabilidad social y brindar un plus que mantenga al Hospital como la primera opción en los usuarios.

A pesar de la situación financiera el Hospital no ha dejado de lado el desarrollo institucional como una de sus prioridades para lograr el cumplimiento de la misión y visión, se tienen planteados proyectos de renovación de procesos y la evaluación de la satisfacción al usuario como ejes fundamentales de la prestación de los servicios además de la coordinación con el grupo financiera para la auditoria y ejecución de la facturación.

Otro punto importante y que afecta directamente la calidad de la prestación de servicios de salud, es la alta rotación de personal y la falta de fidelización del mismo aumentan las curvas de aprendizaje y por ende la ocurrencia de incidentes y eventos adversos, que en conjunto con las falta de estandarización y revisión de los procesos de algunas áreas general ineficiencia operativa e insatisfacción en los usuarios.

#### **4.1.2 ESTADO FINANCIERO**

De acuerdo con la información comparativa a octubre 2016 y 2015 el Hospital disminuyo las ventas por servicios de salud en un 14,5% correspondiente a \$5.024 millones de pesos, situación generada por el cierre de servicios a algunas EPS, así como, el cierre de varias especialidades del Hospital al principio de esta vigencia, de igual manera, se observa una disminución en los costos monetarios misionales del 10% correspondiente a \$2.733 millones de pesos, generando una utilidad bruta de \$5.238 millones de pesos que representa un margen del 17,7%, siendo este menor que el del año pasado que fue del 21,7%. Es importante recordar que los tres componentes del costo son el personal misional, los materiales y el mantenimiento biomédico.

Los gastos de Administración monetarios (no incluyen provisiones ni depreciaciones) ascienden a la suma de \$3.332 millones de pesos, presentan una disminución de 256 millones de pesos con relación al año anterior, con un leve crecimiento en el indicador con relación a las ventas del 1% pasando del 10% al 11%, este indicador se encuentra dentro del rango estimado por la Junta Directiva.

El EBITDA presenta una disminución de \$2.034 millones de pesos con relación al año pasado debido a la disminución de las ventas, este indicador a pesar de presentar esta disminución sigue siendo positivo en un 6,4%, lo que quiere decir que el Hospital sigue generando caja positiva a pesar de su disminución.

Como resultado del comportamiento de los indicadores anteriores al corte de octubre la utilidad operacional asciende a la suma de \$629 millones de pesos con una disminución de \$2.324 millones de pesos con relación al año anterior, como consecuencia en la disminución en las ventas.

Durante el año 2016 el área de costos de la Institución viene consolidándose con el fin de afinar la información con el área de contabilidad, es importante, que para la vigencia 2017 se logren resultados satisfactorios y así poderle entregar tanto a la Administración como a la Junta Directiva herramientas adecuadas para la toma de decisiones en cada una de las unidades estratégicas del Hospital.

#### 4.1.3 DIAGNOSTICO EPIDEMIOLOGICO

En el Hospital San Juan de Dios E.S.E. Rionegro, según la estadística institucional generada por el registro de RIPS de los egresos hospitalarios y del servicio de urgencias se evidencia que las principales causas de egreso son algunas patologías de primer nivel y otras no especificadas.

##### CAUSAS DE EGRESO HOSPITALARIO HSJD ESE 2016

CODIGO	CAUSA	NUMERO	%
O800	Parto único espontaneo presentación cefálica de vértice	1169	0.14
K359	Apendicitis aguda no especificada	288	0.03
N390	Infección de vías urinarias sitio no especificado	280	0.03
O342	Atención materna por cicatriz uterina debida a cirugía previa	268	0.03
O470	Falso trabajo de parto antes de la 37 semanas completas de g	150	0.02
O689	Trabajo de parto y parto complicados por sufrimiento fetal	130	0.02
O034	Aborto espontaneo: incompleto sin complicación	128	0.02
K802	Calculo de la vesícula biliar sin colecistitis	124	0.01
O334	Atención materna por desproporción fetopelviana de origen m	123	0.01
N939	Hemorragia vaginal y uterina anormal no especificada	116	0.01
N40X	Hiperplasia de la próstata	109	0.01
J441	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica con exacerbación aguda	108	0.01
O621	Inercia uterina secundaria	108	0.01
O365	Atención materna por déficit del crecimiento fetal	91	0.01
J449	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica no especificada	89	0.01
J219	Bronquiolitis aguda no especificada	86	0.01
O244	Diabetes mellitus que se origina en el embarazo	76	0.01
O141	Preeclampsia severa	73	0.01
O13X	Hipertensión gestacional (inducida por el embarazo) sin prot	72	0.01
S822	Fractura de la diáfisis de la tibia	72	0.01
	Otras causas	4629	0.56
	TOTAL	8289	1.00

FUENTE: Sistema de Información en Salud SERVINTE

**CAUSAS DE EGRESO URGENCIAS HSJD ESE 2016**

CODIGO	CAUSA	NUMERO	%
R104	Otros dolores abdominales y los no especificados	1287	0.07
Z359	Supervisión de embarazo de alto riesgo sin otra especificación	1021	0.05
Z349	Supervisión de embarazo normal no especificado	979	0.05
R51X	Cefalea	521	0.03
M545	Lumbago no especificado	456	0.02
O200	Amenaza de aborto	454	0.02
R509	Fiebre no especificada	430	0.02
S800	Contusión de la rodilla	392	0.02
N390	Infección de vías urinarias sitio no especificado	359	0.02
A09X	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	342	0.02
S609	Traumatismo superficial de la muñeca y de la mano no especificada	277	0.01
O620	Contracciones primarias inadecuadas	269	0.01
S610	Herida de dedo(s) de la mano sin daño de la(s) uña(s)	261	0.01
S069	Traumatismo intracraneal no especificado	228	0.01
S400	Contusión del hombro y del brazo	224	0.01
R520	Dolor agudo	196	0.01
R102	Dolor pélvico y perineal	194	0.01
S999	Traumatismo del pie y del tobillo no especificado	177	0.01
R074	Dolor en el pecho no especificado	168	0.01
N939	Hemorragia vaginal y uterina anormal no especificada	167	0.01
	Otras causas	10461	0.55
	TOTAL	18863	1.00

FUENTE: Sistema de Información en Salud SERVINTE

## **5. PLANTEAMIENTO ESTRATÉGICO**

Basados en el análisis interno y externo del HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS E.S.E. y teniendo en cuenta la Plataforma Estratégica, la matriz DOFA y el análisis de las líneas de acción definidas, se presentan las siguientes estrategias encaminadas a fortalecer la institución en lo referente a la prestación de servicios de salud.

### **5.1 ESTRATEGIA GLOBAL**

El HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS E.S.E. Rionegro, Antioquia define como estrategia de desarrollo, el orientar la gestión corporativa hacia la prestación de servicios de salud de segundo y tercer nivel de complejidad, enmarcados en la calidad y la atención humanizada y segura, centrada en el ser humano y su familia, a través de la utilización responsable de sus recursos y la orientación de sus esfuerzos hacia el mejoramiento continuo.

### **5.2 DEFINICIÓN Y RELACIÓN DE ESTRATEGIAS Y PROCESOS**

Para la definición, realización y evaluación del PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL período 2016-2020 éste se trabajará mediante la definición de proyectos o metas macro, los cuales integrarán todas las estrategias definidas mediante la matriz DOFA así:

LINEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR
PROCESOS ESTRATÉGICOS	PLANEACIÓN PE01	Orientar el Hospital en la implementación de acciones que garanticen una sostenibilidad financiera, rentabilidad social y la generación de un buen clima organizacional.	Modernizar y rediseñar la organización permitiendo la sostenibilidad financiera, desarrollo técnico-científico, de planta física y el desarrollo social.	Proporción de cumplimiento del plan de acción	100%
	MERCADERO Y COMUNICACIONES PE02	Fortalecer los canales de comunicación al interior del Hospital y establecer una relación directa entre la alta Gerencia y sus colaboradores.	Planear, estructurar e implementar el proceso de mercadeo y comunicación de la institución.	Proporción de implementación del proceso de comunicaciones	25% anual
			Generar una cultura organizacional enfocada a la comunicación interna.	Proporción de adherencia a los procesos	25% anual
			Posicionar los servicios y el modelo de atención del Hospital tanto a nivel local como departamental.	Proporción de servicios reflejados en el portafolio	100%
			Fortalecer la comunicación con las aseguradoras	Variación de la concentración de la contratación	-10
			Fomentar la venta de servicios a los particulares.	Proporción de usuarios particulares atendidos	>10%
	CONTRATACIÓN PE03	Desarrollar una estructura conjunta y con responsabilidad compartida con los diferentes actores del Sistema, buscando fortalecer sus procesos de atención, las respuestas a sus necesidades y optimizar el aprovechamiento de los recursos.	Establecer alianzas estratégicas entre la institución y las entidades responsables del pago.	Número de alianzas establecidas	Variación positiva
			Elaborar procesos y flujogramas interinstitucionales para garantizar la estandarización y seguimiento de este proceso.	Número de procesos estandarizados	25% anual
			Reorganizar y socializar el portafolio de servicios acorde a las necesidades del mercado.	Proporción de servicios reflejados en el portafolio	100%
	JURIDICA PE04	Diseñar procedimientos jurídicos que le generen una seguridad legal a la	Garantizar una defensa técnica y jurídica de los diferentes procesos judiciales en contra de la institución.	Proporción de procesos intervenidos	100%

LINEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR
		institución en sus diferentes actuaciones.	Desarrollo de procedimientos contractuales fundamentados en la normativa legal y los procedimientos administrativos internos de la institución con base en los principios de transparencia, economía y celeridad.	Proporción de procedimientos contractuales ajustados	100%
			Realizar un acompañamiento a las diferentes áreas de la institución en todas aquellas actuaciones que requieran algún tipo de soporte legal.	Proporción de solicitudes de acompañamiento efectuadas	100%
<b>PROCESOS MISIONALES</b>	URGENCIAS PM01	Crear, desarrollar y rediseñar el área de Urgencias basados en las necesidades del servicio y la comunidad con mejores criterios de calidad.	Crear e implementar la Unidad de Cuidados Especiales.	Proporción de cumplimiento de requisitos de habilitación	100%
			Reorganizar las áreas internas del servicio tanto en la infraestructura como en el modelo de procesos para la adecuada prestación del servicio.	Proporción de cumplimiento de requisitos de habilitación	100%
			Impactar los tiempos de espera en la atención de urgencias mediante el mejoramiento en las áreas de CRUE y Triage.	Tiempo de espera para la atención de pacientes clasificados como Triage II	<30 minutos
	AMBULATORIO PM02	Crear, desarrollar y rediseñar el área de Consulta Externa basados en las necesidades del servicio y la comunidad con mejores criterios de calidad.	Crear programas que incentiven el desarrollo de los servicios de Consulta Externa.	Proporción de remisiones aceptación	50%
			Intervenir en la oportunidad de asignación de citas y la accesibilidad de la misma.	Número de programas de Consulta externa creados	
			Articular el servicio de Consulta Externa con los demás servicios para garantizar la continuidad de la atención.	Tiempo de espera en la asignación de citas de consulta externa especializada	15 días
				Proporción de articulaciones desarrolladas con los servicios desde	80%

LINEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR
				Consulta Externa	
			Crear, desarrollar e implementar la Unidad de Especialistas del Hospital.	Razón de especialidades particulares frente a hospitalarias	1/2
	HOSPITALIZACIÓN PM03	Rediseñar el área de Hospitalización basados en la calidad de la prestación del servicio, las necesidades de seguridad del paciente y la eficiencia en el manejo científico.	Remodelación y modernización de las áreas de hospitalización.	Proporción de cumplimiento de requisitos de habilitación	100%
			Adecuación de las salas de hospitalización propendiendo por al bienestar del usuario.	Proporción de quejas relacionadas con la comodidad del usuario	<10%
			Estandarización de procesos y protocolos de atención de acuerdo a la normativa vigente y las necesidades del servicio frente a la renovación del mismo.	Proporción de documentación actualizada	25% anual
				Proporción de desviaciones frente a los procedimientos	<10%
	QUIRÚRGICO PM04	Rediseñar el área de Cirugía basados en la calidad de la prestación del servicio, las necesidades de seguridad del paciente y la eficiencia en el manejo científico.	Remodelación del área quirúrgica y modernización tecnológica biomédica.	Proporción de cumplimiento de requisitos de habilitación	100%
			Creación, revisión, actualización e implementación de procedimientos y protocolos de atención.	Proporción de documentación actualizada	25% anual
				Proporción de desviaciones frente a los procedimientos	10%
	APOYO DIAGNÓSTICO PM05	Fortalecer y rediseñar la contratación y mercadeo de los servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico, garantizando la sostenibilidad económica, la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad y la satisfacción	Mantener los estándares de accesibilidad, oportunidad, confidencialidad y seguridad, con el fin de lograr reconocimiento y satisfacción de los usuarios.	Proporción de usuarios satisfechos	>90%
	APOYO TERAPÉUTICO PM06		Crear cultura en la comunidad de la donación voluntaria haciendo más efectivo y seguro el proceso de captación.	Variación de cantidad de donantes voluntarios	Positiva
				Tasa de positividad por	-2%

LINEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR
		del usuario y su familia.		100,000 donantes	
			Aprovechar, fortalecer y desarrollar la capacidad instalada del Banco de Sangre y Servicio Tansfusional para mejorar la oportunidad en la prestación del servicio, garantizando la atención con calidad y eficiencia.	Rentabilidad	>25%
			Mantener los estándares de accesibilidad, oportunidad, confidencialidad y seguridad, con el fin de lograr reconocimiento y satisfacción de los usuarios.	Proporción de usuarios internos satisfechos	90%
			Mantener los estándares de accesibilidad, oportunidad, confidencialidad y seguridad, con el fin de lograr reconocimiento y satisfacción de los usuarios.	Oportunidad en la realización de terapias	Según terapia
			Desarrollar, fortalecer y mantener las actividades y procesos de restablecimiento del estado de salud de los usuarios con oportunidad, efectividad y calidad.	Oportunidad en la realización de terapias	Según terapia
	SERVICIO FARMACÉUTICO Y CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN PM07	Desarrollar el área del Servicio Farmacéutico con referente a funcionalidad, dotación, infraestructura física y programas especiales.	Remodelar y reorganizar el servicio con referencia a los procesos asistenciales del mismo.	Proporción de cumplimiento de requisitos de habilitación	100%
		Crear e implementar el Sistema de Gestión de Calidad en la Central de Esterilización.	Mantener y preservar el proceso de producción de aire medicinal.	Número de lotes de aire medicinal producido	4
			Implementar políticas y protocolos de reprocesamiento de material médico quirúrgico.	Proporción de implementación del procedimiento	50% anual
			Remodelar y acondicionar el área física de Central de Esterilización.	Proporción de cumplimiento de requisitos de habilitación	100%
PROCESOS DE APOYO	TALENTO HUMANO PA01	Fortalecer la gestión del talento humano, dando prioridad al mejoramiento de las condiciones laborales para consolidar un equipo humano capacitado y con vocación de servicio.	Definir una política de equilibrio salarial e incentivos y reconocimientos.	Política establecida	si
			Diseñar, actualizar, estandarizar, socializar, operativizar y evaluar las normas y procedimientos para la administración de todo el personal independientemente del tipo de	Proporción de actualización de procedimientos	25% anual



LÍNEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR
			contratación.		
			Implementar y desarrollar el Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo	Proporción de implementación del procedimiento	50% anual
			Socializar y realizar seguimiento a los convenios docencia servicio dando a conocer la programación mensual por área.	Proporción de adherencia a Convenios Docencia Servicio	100%
	SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y GESTIÓN DOCUMENTAL PA02	Rediseñar y ajustar el Sistema de Información que permita una comunicación fluida en todos los niveles de la institución de forma que se encuentre disponible, completa, accesible, oportuna y amigable que permita la toma de decisiones.	Lograr una cultura organizacional que genere mejores canales de comunicación.	Proporción de adherencia a los procesos	25% anual
			Reorganizar el archivo clínico garantizando su funcionamiento eficiente	Proporción de desviaciones frente a los procedimientos	<10%
			Proporcionar los recursos necesarios para el desarrollo del proceso de sistemas de información	Proporción de presupuesto ejecutado	>90%
	FINANCIERA PA03	Generar condiciones financieras, sociales e institucionales que permitan viabilidad, sostenibilidad y el desarrollo en el mediano y largo plazo.	Rediseñar y ajustar el procedimiento de facturación que permita una relación directa y acorde con el servicio misional.	Proporción de acciones facturadas	>95%
			Implementar gestiones efectivas y eficientes que permitan la conciliación permanente y recuperación de cartera.	Proporción de recaudo	>80%
			Garantizar la programación y cumplimiento del plan de pagos acorde a los indicadores financieros institucionales.	Oportunidad en la realización de pagos	<90 días
			Garantizar que la información financiera refleje el accionar institucional con confiabilidad y calidad.	Indicador liquidez	>1
			Garantizar que la información financiera refleje el accionar institucional con confiabilidad y calidad.	Oportunidad en la realización de informes	100%
	RECURSOS FÍSICOS Y BIOMÉDICOS PA04	Garantizar que la institución cuente con los suficientes recursos físicos, biomédicos,	Garantizar la disponibilidad y oportunidad de equipos, insumos y medicamentos acorde a las necesidades para la prestación de	Proporción de cumplimiento plan de compras	>85%

LÍNEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR
		tecnológicos e insumos para el cumplimiento y desarrollo de la misión.	los servicios misionales.		
			Controlar inventarios de bienes e insumos conforme al consumo y deterioro que permitan el uso racional.	Proporción de registros e informes actualizados	100%
			Garantizar la disponibilidad y renovación de equipos y tecnología conforme a las exigencias y necesidades del servicio.	Proporción de cumplimiento del plan de mantenimiento	>95%
	ADMINISTRACIÓN AMBIENTAL PA06	Continuar con el fortalecimiento del Sistema de Gestión Ambiental encaminado al desarrollo sostenible a través del uso eficiente de los recursos e incentivando la formación de una cultura ambiental institucional.	Minimizar los impactos ambientales que se puedan generar en las actividades de la prestación del servicio.	Proporción de impactos ambientales mitigados	90%
			Velar por el cumplimiento de la normativa de carácter ambiental y sanitaria aplicable a la institución.	Proporción de cumplimiento de la norma según normograma ambiental	100%
			Promover prácticas de producción limpia y uso racional de los recursos naturales.	Consumo percapita	Según recurso
			Mantener los programas de mejoramiento continuo de los procesos ambientales en la institución.	Proporción de actividades ambientales desarrolladas	90%
<b>COMPONENTE DE EVALUACIÓN Y CONTROL</b>	CONTROL INTERNO Y GESTIÓN EC01	Implementación, fortalecimiento y mantenimiento del Sistema de Control Interno	Desarrollar y hacer seguimiento de los módulos, componentes, elementos y eje transversal del Sistema de Control Interno	Proporción de implementación del Sistema de Control Interno	50% anual
			Retroalimentar a la institución y a los Entes de Control frente al desarrollo e implementación del Sistema de Control Interno dentro del marco normativo.	Proporción de informes presentados	95%
			Sensibilizar y realimentar el Sistema de Control Interno en la institución.	Proporción de personal capacitado frente al Sistema de Control Interno	90%

LINEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR
	CALIDAD MEJORA CONTINUA EC02	Y Definir, planificar e implementar el seguimiento, medición, análisis, control y mejora continua, necesarios para asegurar el Sistema de Gestión de la Calidad, autocontrol y la satisfacción de los usuarios y su familia para la toma de decisiones.	Fortalecer el procedimiento de atención al usuario velando por dar respuestas que garanticen el acompañamiento, la integralidad de la atención, accesibilidad, continuidad, oportunidad, calidad y calidez.	Tasa de satisfacción global	>90%
			Fortalecer, sensibilizar e incentivar la seguridad del paciente para la prevención de los eventos adversos y la participación de un grupo multidisciplinario que promueva análisis y gestión en la prevención de las acciones inseguras.	Índice de eventos adversos	<0.5%
				Proporción de eventos adversos gestionados	100%
			Estructurar y desarrollar el procedimiento de auditoría administrativa y médica en las diferentes áreas que permitan realizar control de los procesos administrativos y la garantía en la calidad de la prestación del servicio y el mejoramiento continuo de ambos.	Proporción de cumplimiento del Plan de Auditorías	90%
			Implementar el procedimiento de Planes de Mejoramiento mediante el seguimiento y la socialización de los hallazgos a todo el personal.	Proporción de planes de mejora ejecutados	90%

## 6. EVALUACIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO

Anualmente la Gerencia debe presentar a la Junta Directiva y comunidad el informe de cumplimiento de los logros establecidos en el Plan de Desarrollo, mediante la presentación de las metas cumplidas del Plan Operativo.

$$\text{Indicador de cumplimiento del Plan de Acción Anual} = \frac{\text{Número de metas del Plan Operativo cumplidas}}{\text{Total de metas del Plan Operativo programadas}} \times 100$$

Cada mes de enero se consolidará la evaluación de la gestión del Plan de Desarrollo, teniendo como base los informes y evaluaciones de ejecución de los Planes Operativos, las cuales permitirán hacer seguimiento a los indicadores de cada meta.

### 6.1 SOCIALIZACIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO

El proceso de socialización se realiza con el propósito de comunicar a toda la organización el Direccionamiento Estratégico y el Plan de Desarrollo, alineando los objetivos y metas establecidos con el desarrollo de los procesos de las diferentes áreas para posibilitar su cumplimiento.

La socialización del Plan de Desarrollo está dirigida a todos los grupos de interés del Hospital y se realizará en reuniones con el personal, correos electrónicos, intranet, salvapantallas, rendición de cuentas a la comunidad, reuniones de asociaciones de usuarios, jornadas de inducción y reinducción. Estas actividades se realizarán anualmente.