



JUNTA DIRECTIVA

Luis Carlos Velázquez Cardona
Gobernador de Caldas
Presidente Junta Directiva

Jhon Jairo Castaño Flórez
Secretario de Gobierno Departamental
Delegado Gobernación de Caldas Junta Directiva

Calos Iván Heredia Ferreira
Director Territorial de Salud

Marlon Alexander Tamayo Bustamante
Alcalde Municipal de Riosucio

Yurany Liceth Echeverry Castaño
Directora Local de Salud

Carlos Emilio Durán Bañol
Representante Comunidades Indígenas

Herman Roberto Trejos Patiño
Representante Sector Científico Interno

Robinson de Jesús Izquierdo Velarde
Representante Gremios de la Producción

Miryam Yudy Echeverry Aubad
Representante Sector Científico Externo

Marco Julio Cruz Díaz
Representante de Usuarios

Sandra Lucía Díaz Tejada
Gerente ESE - Secretaria Junta Directiva





GRUPO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL

Gerente

Sandra Lucía Díaz Tejada

Subdirector Administrativo

Carlos Mario Mejía García

Asesor Control Interno

Carlos Alberto Aristizábal Ospina

Coordinador Médico

Herman Roberto Trejos Patiño

Oficina de Calidad

Gloria Piedad Tabardo Gómez

Oficina de planeación

Mauricio Murillo Osorio





CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	5
CAPÍTULO 1: CONTEXTO GENERAL	6
1.1 MARCO NORMATIVO	6
1.2 NUESTRA HISTORIA	6
1.3 CONTEXTO SOCIODEMOGRÁFICO	8
1.3 NUESTRO HOSPITAL.....	9
1.3.1 ESTRATEGIAS DE GESTIÓN	11
1.3.1.1 DIRECCIÓN Y GERENCIA.....	11
1.3.1.2 FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA	13
1.3.1.3 GESTIÓN CLÍNICA Y ASISTENCIAL.....	16
CAPITULO 2: FORMULACIÓN ESTRATÉGICA.....	18
2.1 MISIÓN	18
2.2 VISIÓN.....	18
2.3 PRINCIPIOS ÉTICOS INSTITUCIONALES.....	18
2.3.1 HONESTIDAD	18
2.3.2 RESPETO.....	19
2.3.3 COMPROMISO	19
2.3.4 DILIGENCIA	19
2.3.5 JUSTICIA.....	19
2.3.6 HUMANIZACIÓN.....	19
2.4 OBJETIVOS INSTITUCIONALES.....	20
2.4.1 OBJETIVO GENERAL.....	20
2.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
2.5 MAPA ESTRATÉGICO DE PERSPECTIVAS.....	21
2.6 DERECHOS Y DEBERES	22
2.6.1 DERECHOS DE NUESTROS USUARIOS	22
2.6.1 DEBERES DE NUESTROS USUARIOS	23
2.7 ¡TÚ, NUESTRO COMPROMISO!.....	24
2.8 MAPA DE PROCESOS	25
2.9 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL.....	26



2.10 DIMENSIONES ESTRATÉGICAS	27
2.10.1 DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA:	27
2.10.2 FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA:	28
2.10.3 GESTIÓN CLÍNICA Y ASISTENCIAL - SALUD PÚBLICA Y PEDT: .	29
2.11 PACTOS POR LA SALUD	30
2.12 LÍNEAS DE ACCIÓN MAITE	32
CAPÍTULO 3: POLÍTICAS DE GESTIÓN Y DESEMPEÑO	33
CAPÍTULO 4: PROYECTOS DE DESARROLLO.....	34
CAPÍTULO 5: SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN	35
5.1 EVALUACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN	36





INTRODUCCIÓN

A mi llegada a la institución, encuentro un hospital con un nivel de avance en sus procesos de calidad y financieros estables, sin embargo, nuestro compromiso nos exige mejorar cada proceso posible, avanzar en la búsqueda de una mejora continua y en el desarrollo de estrategias de trabajo, en este sentido la gerencia de la ESE Hospital Departamental San Juan de Dios, establece y desarrolla un esquema de trabajo articulado a la gestión institucional, a los cambios que exige la ley y las circunstancias que vivimos; lo anterior, bajo la premisa de la atención integral del ser humano enmarcada en el enfoque actual del sistema de salud, de donde surgen las estrategias y el análisis situacional de la entidad.

En este sentido, se proponen cambios basados en los Objetivos del Gobierno Local y Departamental, así como nuestra visión de un hospital más competitivo, humanizado y con excelente prestación de servicios.

En vista de ello, y de manera conjunta e interdisciplinaria con el personal asistencial y administrativo, la E.S.E en cabeza de la gerencia y procurando el alcance de objetivos y metas a corto, mediano y largo plazo, ha definido reiterar, que nos comprometemos a cuidar su salud, a brindar bienestar y a siempre trabajar por ser mejores, así pues, nuestra orientación estratégica será desde hoy “Tu, Nuestro Compromiso”, como base de nuestro objeto misional y los modelos de gestión públicos y en salud que actualmente son prioritarios.





CAPÍTULO 1: CONTEXTO GENERAL

1.1 MARCO NORMATIVO

- Ley 1122 de 2007 – Artículo 27, 28
- Ley 1438 de 2011
- Decreto 357 de 2008
- Resolución 710 de 2012
- Resolución 743 de 2013
- Resolución 408 de 2018

1.2 NUESTRA HISTORIA

Los datos conocidos permiten concluir que la primera unidad sanitaria de Riosucio, fue inaugurada el 20 de Julio de 1910 dentro de los actos conmemorativos del primer centenario del grito de la independencia; estaba ubicada en la actual carrera sexta, tradicional “Calle Real” de Riosucio, aun lado de la desaparecida casa de la “Hacienda La María”.

En 1927 fue adquirido el lote para la construcción de una nueva sede entre los sectores del el Ciprés y Ojo de Agua, lote en el que actualmente está el barrio rotario. en el año 1928, fue fundado bajo la dirección de la hermana superior Sor María Josefa López López, de la comunidad de las hermanas de la caridad o hermanas vicentinas, como una obra anexa al colegio y así funciono hasta el año 1939, año en el que se formó como casa independiente, la cual cerró el 8 de junio de 1966.

En la década de 1930 surgió el “Hospital de la Caridad San Juan de Dios”, importante célula de prestación de servicios de salud, la cual en 1938 aparece conformada por un médico director, un dentista, una enfermera, cuatro inspectores, una secretaria y un revisor – copista.

En el año 1939, el Hospital de la Caridad San Juan de Dios, compuesto por dos pabellones, se dio al servicio y le fue reconocida su personería jurídica al 9 de enero de ese año, por medio de la resolución No 1 de 1939. Tuvo como primeros directivos al señor Eduardo A. Uribe, síndico; el doctor Alberto Peláez, director de la unidad sanitaria; doctor Alberto García Robledo, dentista de la unidad y Herminia Cadavid, enfermera.





Las instalaciones del hospital fueron ampliadas y dotadas progresivamente hasta el año 1966, bajo la dirección de la Reverenda Hermana Sor Catalina Vargas Cano. En un principio es regido por una junta directiva, conformada por prestantes personas de la comunidad riosuceña, hasta el año 1973 en el cual estas juntas se vuelven asesoras y se designa como representante legal al entonces médico director Jaime Palomino Agudelo.

El Hospital funcionó hasta el año 1979 en el lugar que hoy ocupa el Barrio Rotario. De esta fecha en adelante las edificaciones pasaron al lugar donde se encuentra actualmente (avenida fundadores frente al coliseo municipal). Dicho traslado debió hacerse por la mala situación del antiguo hospital que generaba muchos inconvenientes en la prestación del servicio.

Solo en el año 1984 se logra la culminación de esta gran obra y gracias al riosuceño doctor Alberto Vélez Gómez, quien siendo director del Fondo Nacional Hospitalario da los aportes necesarios para ver terminado el hospital. La dotación se lleva a cabo por aportes del mismo Fondo Nacional Hospitalario y otras donaciones.

En 1998, la Asamblea Departamental de Caldas dicta la ordenanza No 289, por medio de la cual se transforma el Hospital San Juan de Dios, en Empresa Social del Estado del orden departamental y el mismo día, el Honorable Concejo Municipal de Riosucio, expide un acuerdo transformando el Hospital en Empresa Social del Estado, pero del orden municipal.

Se presenta entonces un desacuerdo jurídico entre el Departamento y el Municipio; que dura cuatro años (1998 a 2002), donde se falla a favor del municipio quedando entonces vigente el acuerdo municipal. En este mismo año, y al enterarse la comunidad de tal hecho y temiendo que el hospital perdiera el segundo nivel de atención y pidiendo de esta manera que regresara a ser una entidad del orden departamental, se realiza una toma pacífica por parte de las comunidades, que dura aproximadamente un mes, presionando así al gobierno municipal, tanto que este se ve forzado a presentar un nuevo acuerdo derogando el anterior.

Por estos hechos, la Asamblea Departamental emite en el año 2006 la ordenanza No 561 de diciembre de 2006 por medio del cual se transforma en el HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS DE RIOSUCIO – CALDAS en EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL ORDEN DEPARTAMENTAL, como una entidad pública descentralizada, de mediana complejidad, dotada de personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa.

A hoy, la entidad cuenta con la sede central, ubicada en la Avenida Fundadores, dos centros de salud: San Lorenzo y Bonafont y nueve puestos de salud en las diferentes veredas.





1.3 CONTEXTO SOCIODEMOGRÁFICO¹

El municipio de Riosucio se encuentra ubicado al noroccidente del departamento de Caldas y limita al norte con los municipios de Andes, Jardín y Támesis del departamento de Antioquia, al sur con los municipios de Guática y Quinchía del departamento de Risaralda, al oriente con los municipios de Filadelfia y Supía y al occidente con el municipio de Mistrató del departamento de Risaralda.

La actividad económica del municipio de Riosucio es diversa con preponderancia del sector cafetero, donde también se destacan las actividades agropecuarias, la producción de caña panelera, la explotación minera, el comercio y algunas microempresas.



Desde el punto de vista administrativo el municipio está distribuido en una cabecera municipal con 37 barrios, las inspecciones rurales de policía de Bonafont y San Lorenzo, 106 veredas que pertenecen a cuatro parcialidades indígenas: Nuestra Señora de la Candelaria de la Montaña, Cañamomo- Lomapieta, San Lorenzo y Escopetera – Pirza.

¹ Fuente: ASIS Municipio de Riosucio





MUNICIPIO	RESGUARDO Y/O ASENTAMIENTO	AUTORIDAD	RECONOCIMIENTO	OBSERVACIONES
Riosucio	San Lorenzo	GOBERNADOR	Legalmente Constituida	Reconocido por la comunidad
Riosucio	Nuestra Señora Candelaria de la Montaña	GOBERNADOR	Legalmente Constituida	Título Colonial
Riosucio	Cañamomo Lomapieta	GOBERNADOR	Legalmente Constituida	Reconocido por la comunidad
Riosucio	Escopetera Pirza	GOBERNADOR	Legalmente Constituida	Reconocido por la comunidad

1.3 NUESTRO HOSPITAL

La ESE Hospital Departamental San Juan de Dios del Municipio de Riosucio ha avanzado en algunos componentes del sistema institucional, sin embargo, se evidencian algunas deficiencias frente a los procesos estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación, lo que implica la definición de estrategias de impacto a partir del análisis de las debilidades, oportunidades, fortalezas y amenazas dentro de los componentes de gestión definidos para tal fin, ejercicio desarrollado con las áreas asistenciales y administrativas donde se pudieron identificar fortalezas y debilidades del contexto actual, a fin de obtener información que permitiese soportar los procesos de planeación estratégica de la entidad.

A fin de poder realizar dicho proceso, se dispusieron de mesas de trabajo con equipos multidisciplinarios, donde se analizaron componentes estratégicos definidos por la Gerencia, entorno al marco normativo institucional, centrándose en el plan decenal de salud pública, la política de atención integral en salud, Plan de Desarrollo Departamental – Gobernación de Caldas, Plan de Desarrollo – Municipio de Riosucio, MIPG, Objetivos de Desarrollo Sostenible, Resolución 710 de 2012, Resolución 743 de 2013 y Resolución 408 de 2018, entre otras.





A hoy, nuestro hospital ha surtido un sinnúmero de cambios que lo han llevado a tener que mejorar y reinventarse, las exigencias del mercado cada vez son más, las normativas cambian y la entidad no puede estar estática o verse ajena a estas situaciones. En el análisis DOFA realizado para la identificación de necesidades para el periodo 2020 – 2024, se han identificado posibles estrategias basadas en la identificación de las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas que cada grupo de trabajo evidenció; de allí surtió un proceso de análisis cruzado, a fin de identificar las acciones que se podían implementar aprovechando los factores internos y externos a nuestro favor y contrarrestando los no tan positivos o beneficiosos.

Dicha definición se centró en los componentes de la evaluación de la Gestión Institucional para los Gerentes, definiendo las tres líneas estratégicas, con las cuales el gobierno Nacional define tal proceso, inicialmente el componente Directivo y Gerencial se pudieron identificar bases para el desarrollo del enfoque basado en rentabilidad social y financiera, sin embargo el trabajo es arduo toda vez que la formulación estratégica, deberá integrar estos preceptos como parte de nuestro que hacer institucional, así mismo el desarrollo de un esquema de trabajo basado en procesos y procedimientos, actualizados y direccionados por el área de planeación, que permita establecer medidas de seguimiento y evaluación de controles, para el alcance de los objetivos y metas institucionales.

Se hace necesario el fortalecimiento de los diferentes sistemas de gestión Institucional, como mecanismos de evaluación y mejoramiento continuo a nivel administrativo, asistencial y financiero, así mismo, trabajar de manera conjunta con los colaboradores en la evaluación y seguimiento a los sistemas de información, a fin de establecer mejores mecanismos de reporte de informes. Las comunicaciones internas y externas deben desarrollarse, de tal forma que se brinde transparencia y acceso a la información a la ciudadanía, sobre planes de trabajo, esquemas de comunicación y formatos de socialización, que integren la totalidad de los componentes necesarios para este aspecto clave.

La oficina del Talento Humano es clave para empoderar y afianzar los objetivos trazados, haciéndose necesarias algunas mejoras sobre los procesos de inducción y reinducción, así misma, la generación de un Plan Institucional de Capacitaciones, PIC, basados en proyectos de aprendizaje y orientado a todos los colaboradores de los diferentes niveles jerárquicos presentes en la institución, y la articulación del mismo a los programas externos de formación.





En lo que concierne a la gestión financiera, se observan avances en procesos, que deben ser revaluados y articulados al enfoque estratégico propuesto; así mismo, cambios en torno a la contratación para la prestación de servicios de salud y nuevas herramientas de seguimiento y trabajo en pro de una estabilidad financiera que permitiese el desarrollo organizacional.

El componente asistencial ha avanzado en protocolos, guías y estrategias orientadas a la humanización y la seguridad del paciente, lo que se traduce en mayores índices de satisfacción global. Sin embargo, se deben establecer acciones conjuntas de evaluación que den un enfoque integral a esta área desde lo financiero y lo administrativo.

1.3.1 ESTRATEGIAS DE GESTIÓN

Aquí se muestra el compendio de los resultados del análisis realizado por cada una de las áreas de gestión definidas para la evaluación en la Resolución 408 de 2018, en donde se establecen las propuestas estratégicas que resultaron de dicho análisis, a fin de ser tenidas en cuenta en el direccionamiento y la formulación estratégica:

1.3.1.1 DIRECCIÓN Y GERENCIA

	Oportunidades (externas)	Amenazas (externas)
	<ul style="list-style-type: none"> • La oferta de Universidades en la región para establecer convenios docentes asistenciales • Oferta de capacitación por diferentes entidades. • Buenas relaciones con el gobierno municipal, departamental y nacional • Disponibilidad de recursos en diferentes entidades para proyectos institucionales • Poca oferta de servicios de salud en el segundo nivel en el Municipio y a nivel regional alto occidente. • Posición geográfica del municipio • Medios de Comunicación Local. 	<ul style="list-style-type: none"> • Demora en el pago de las EPS a la E.S.E HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS. • Normatividad cambiante. • Vulnerabilidad Informática. • Demandas de usuarios. • Problemas de percepción de los usuarios.





Fortalezas (internas)	Estrategias FO	Estrategias FA
<ul style="list-style-type: none"> • Colaboradores con las competencias, capacitados y comprometidos con su trabajo en la institución. • Compromiso de la gerencia en el desarrollo de procesos y la participación de los colaboradores en estos. • La ESE cuenta con un área de Calidad fortalecida y con gran participación en los procesos de planeación estratégica de la entidad • Sistema de Información y Atención al usuario (SIAU) • Estabilidad laboral personal colaboradores de la E.S.E • Estabilidad financiera • Excelente clima laboral • Áreas de expansión para mejora de servicios. • Se brindan espacios de Capacitación y Aprendizaje continuo a los colaboradores • Se cuenta con un software institucional • Capacidad instalada 	<ul style="list-style-type: none"> • Instaurar alianzas interinstitucionales, para fortalecer temas de salud pública, seguridad social, prestación de servicios y proyectos de desarrollo. • Establecer herramientas para el fortalecimiento del Sistema de Gestión de Calidad y el Sistema de Control Interno, que permita el mejoramiento de los Procesos Institucionales. • Articular los procesos Asistenciales y Administrativos, a fin de estandarizar la gestión estratégica institucional. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer los sistemas de información y comunicación, tanto internos como externos, con el fin de facilitar la gestión de información y la toma de decisiones. • Fortalecer y depurar la gestión de cartera.
Debilidades (internas)	Estrategias DO	Estrategias DA
<ul style="list-style-type: none"> • Problemas de infraestructura física y tecnológica • Desconocimiento de la Normatividad vigente • No existe proceso de auditoría interna • Baja de producción • No hay un sistema de indicadores de gestión por áreas • Débil proceso de asignación citas • Ineficiente recaudo de cartera y respuesta de glosas • Debilidad en capacidad instalada • Falencias en la comunicación • Falta priorización en la atención de procesos misionales • No existe señalización actualizada 	<ul style="list-style-type: none"> • Dirigir el proceso de actualización de Planes, Manuales, Protocolos y Guías de acuerdo a las necesidades y la normatividad vigente. • Implementar metodologías de evaluación de áreas y/o dependencias, a través de indicadores normativos y de gestión • Definir un sistema de Gestión de Contratos con Entidades Responsables de Pago – ERP. 	<ul style="list-style-type: none"> • Afianzar la implementación de la Política de Administración del Riesgo, a través de la identificación de riesgos, la implementación y evaluación de controles.





- No se cuenta con un estudio de tiempos que soporte cantidad de talento humano por área.
- Documentos institucionales desactualizados.
- Débil proceso de facturación

1.3.1.2 FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA

	Oportunidades (externas) <ul style="list-style-type: none"> • Variedad de oferentes para los diferentes contratos de la entidad. • Municipio con alta población indígena lo que genera beneficios para el municipio y por ende para la institución. • Variedad mercado de servicios por ser hospital referencia II nivel de atención en el Occidente Caldense. • Relaciones optimas con el gobierno municipal, departamental y nacional. • Alianzas estratégicas con entidades educativas y de empresa privada. • Desarrollo de proyectos en pro de los colaboradores. • especializado para apoyar la gestión del Talento Humano. 	Amenazas (externas) <ul style="list-style-type: none"> • Creación de IPS indígena con mayor proyección de sostenimiento. • Incumplimiento en el giro de recursos por parte de las EAPB (Empresas Administradoras de planes de beneficios) • EPS sujeta a procesos de intervención y/o liquidación, con deudas pendientes con la Institución. • COVID 19 y demás epidemias y endemias • Los constantes cambios normativos • Poca contratación de servicios de las EPS con la institución lo que equivale a disminución de recursos económicos y de personal. • Crisis financiera del sector salud debido a la emergencia sanitaria y falta de presupuesto para cubrir compromisos de apoyo logístico. • Demandas por fallas en el servicio
	Fortalezas (internas) <ul style="list-style-type: none"> • Se aplica los lineamientos establecidos por Colombia Compra Eficiente. • Cumplimiento de comités institucionales. 	Estrategias FO <ul style="list-style-type: none"> • Implementación de programa de seguridad radiológica • Desarrollar proyectos de mejora en la infraestructura con gestión de recursos



<ul style="list-style-type: none"> • Compras a través de la Tienda Virtual del Estado (TVE). • Personal idóneo y especializado • La institución cuenta con un Software Institucional Integrado. • Equilibrio presupuestal y Financiero • Recurso humano suficiente, capacitado y comprometido. • Recursos técnicos y físicos para desarrollar las actividades misionales. • Procesos estandarizados en la Gestión de Talento Humano. • Plan de SGSST diseñado para dar cumplimiento normativo y elaborado de acuerdo a las necesidades de todos los colaboradores. • Cumplimiento en la realización de cronogramas de mantenimiento general y mantenimiento biomédico anuales • Espacios exclusivos para desarrollar actividades de mantenimiento biomédico. 	<p>ante el Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer los procesos de evaluación de desempeño para la totalidad de los procesos de toda la entidad. • Fortalecer las estrategias de divulgación y comunicación de la información en las redes sociales y pagina WEB 	<p>continuo en materia financiera.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diseñar programas de capacitación para todo el personal. • Establecer políticas de contratación, fortaleciendo las tareas de selección, vinculación y contratación. • Fortalecer los procesos sistemas de información, a fin de establecer mecanismos de seguridad y privacidad de la Información. • Fortalecer la defensa jurídica en las demandas que tenga la entidad. • Evaluar el software y realizar requerimientos necesarios.
Debilidades (internas)	Estrategias DO	Estrategias DA
<ul style="list-style-type: none"> • Demora en el trámite y la devolución de documentos por parte de los contratistas después del proceso contractual. • Implementación de SECOP II según lo normativo. • Falta monitoreo permanente de indicadores administrativos y financieros • Deficiencia en el proceso de cobro de cartera de difícil recaudo. • Implementar módulo para el manejo de activos fijos. • Fortalecer el proceso de manejo de Baja de Activos Fijos institucionales. • Deficiencia en la generación de algunos informes financieros. 	<ul style="list-style-type: none"> • Renovación tecnológica y de infraestructura para la mejora en la prestación de servicios. • Establecer estrategias de inducción y re inducción del personal, que fomenten el empoderamiento y la gestión del conocimiento. • Fortalecer las tareas de socialización y evaluación de los procesos, procedimientos, guías manuales políticas y protocolos al personal sin importar su tipo de vinculación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar estrategias de austeridad y contención del gasto como proceso de mejora continua • Continuar con la gestión de procesos de conciliación con EPS para gestión de pago oportuno. • Desarrollar acciones para el análisis de costos, como herramienta de evaluación y seguimiento para la oferta y apertura de servicios. • Implementar un plan institucional de formación y capacitación basado en las necesidades de formación identificadas en los colaboradores de la institución.



<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer el análisis de Costos de la institución para ofertar servicio dado la ubicación estratégica y Centro de Referencia de II nivel para Caldas. • Poca disponibilidad presupuestal para actividades de capacitación y actividades diferentes a Plan de bienestar. • Falta de Cultura y Clima Organizacional. • Manuales de Funciones desactualizado. • Falta de adherencia por parte de los colaboradores a las normas y lineamientos institucionales. • Deficiencias en la capacitación institucional del personal. • Reestructuración planta de cargos de la entidad. • Deficiencia de infraestructura en algunos servicios • Falta de equipos patrones para mediciones metrológicas. • Manejo inadecuado de los equipos tecnológicos y biomédicos por parte del personal. • La institución cuenta con estatuto y manual de contratación y cumple los lineamientos establecidos para realizar cualquier tipo de contratación. • Falta de equipos biomédicos para mejorar la capacidad resolutive, lo que convierte al hospital en una institución remitente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer las políticas de talento humano para toda la entidad. • Garantizar las evaluaciones de satisfacción y clima laboral del personal buscando mejorar los programas de bienestar e incentivos. • Elaborar el plan de acción de la actualización de la estrategia de gobierno digital. • Fortalecer el proceso de adquisición de tecnología, desde la evaluación de la necesidad hasta la compra del activo. • Constituir un banco de proyectos como herramienta de gestión en la planeación institucional 	<ul style="list-style-type: none"> • Diseñar una estrategia interna y externa para comunicar la plataforma estratégica y garantizar la recordación y adherencia a la cultura organizacional. • Fortalecer los procesos de contratación de los proveedores de tecnología garantizando niveles de servicio óptimos.
--	--	---

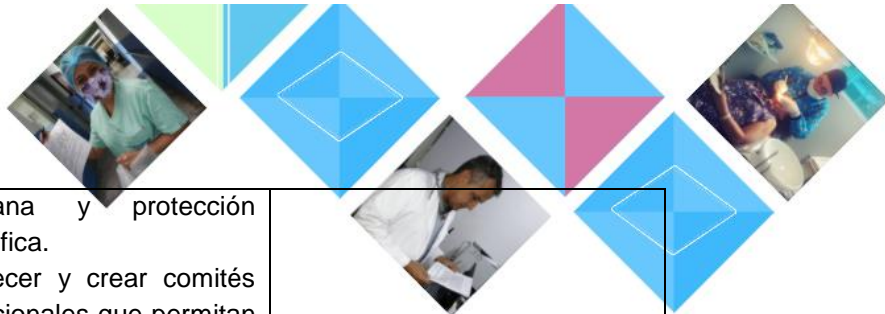




1.3.1.3 GESTIÓN CLÍNICA Y ASISTENCIAL

	<p>Oportunidades (Externas)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ampliar los convenios docente asistencial para adelantar el proceso de hospital universitario. • Población no atendida por limitación en la oferta de servicios. • Disponibilidad de recursos en diferentes entidades para proyectos que fortalezcan la institución. • Ubicación geográfica del municipio • No existencia de otra IPS de segundo nivel en el municipio. 	<p>Amenazas (externas)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cambios normativos constantes • Contratación EPS que pueden afectar la prestación de servicios. • Fortalecimiento de los portafolios de servicios de las otras IPS del municipio. • Pacientes sin identificación y sin afiliación al SGSSS • Dificultad con las autorizaciones y ordenes de procedimiento por las EPS. • Situación social y económica del departamento • Problemas de Orden Público • Demandas por fallas en los procesos de atención. • COVID-19 – con cierre de servicios asistenciales • Falta y demora en la respuesta de remisiones. • Poca concientización de los usuarios ante emergencia COVID-19
	<p>Fortalezas (internas)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Algunos comités cumplen la norma y se encuentran operando. • Se cuenta con Software de Historia Clínica • Programas de Detección Temprana y Protección específica. • Personal calificado para la atención de los usuarios. • Acciones de demanda inducida • Asignaciones de funciones y coberturas en las áreas y programas de la institución. • Seguimiento a casos de Interés en Salud pública. • Exclusividad en el servicio de urgencias en el municipio. 	<p>Estrategias FO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar un cronograma de visitas de referenciación a entidades del mismo nivel o superiores garantizando la adopción de buenas prácticas en los diferentes procesos de la entidad. • Ampliar el portafolio de servicios, con el fin de generar mayor cobertura y acceso a los servicios de salud. • Evaluar la capacidad instalada de acuerdo a la proyección de programas de Salud Pública, detección





	<p>temprana y protección específica.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer y crear comités institucionales que permitan el seguimiento y análisis de indicadores. • Consolidar asociación de usuarios. 	
Debilidades (internas)	Estrategias DO	Estrategias DA
<ul style="list-style-type: none"> • Estancias hospitalarias prolongadas, rotación giro cama inadecuado. • Poca adherencia a guías y protocolos por parte del personal. • Desvinculación de la familia y usuario en el proceso de atención. • Deficiente proceso de comunicación con los usuarios y su familia. • Desarticulación en los procesos asistenciales y administrativos. • Modelo de atención desarticulado. • Auditoría Médica insuficiente a los diferentes procesos asistenciales. • Poco énfasis en investigación. • Falta de recursos tecnológicos en equipos biomédicos. • Problemas de infraestructura física • Insuficiencia en la oportunidad y atención de requerimientos institucionales del Software • Limitación de recursos financieros 	<ul style="list-style-type: none"> • Incrementar la percepción de calidad y calidez en la prestación de los servicios de salud y a través de esto, generar satisfacción para el cliente interno y externo. • Mejorar los procesos de investigación y de capacitación al área asistencial. • Definir estrategias para mejorar los procesos de comunicación y educación con los usuarios y sus familias. • Medición de adherencia del 100% de las guías de práctica clínica • Establecer indicadores de gestión para la ejecución de la totalidad de actividades de Salud Pública, detección temprana y protección específica. • Fortalecer la cultura institucional respecto al uso de equipos biomédicos. • Fortalecer la atención y cumplimiento de protocolo de urgencia a fin de mejorar la respuesta en las pertinencias y disminuir las remisiones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer la adherencia a guías, manuales, protocolos, procesos y procedimientos. • Mejorar la oportunidad en los requerimientos de entes de control y EPS para dar respuesta a las exigencias de la normatividad actual. • Documentar, socializar y evaluar un modelo de atención al usuario enmarcado dentro del modelo de atención integral de salud. • Control de infecciones.





CAPITULO 2: FORMULACIÓN ESTRATÉGICA

La formulación estratégica de la ESE Hospital Departamental San Juan de Dios, se establece a través del análisis conjunto realizado por las áreas del hospital, el enfoque gerencial y las hojas de ruta Municipal, Departamental y Nacional en materia de prestación de servicios de salud, así mismo, y a raíz de la necesidad de alcanzar objetivos y crecer como institución, se establecen las bases para el ejercicio misional de la Institución, centrados en el trabajo con la comunidad del Municipio de Riosucio, además haciendo hincapié en el desarrollo de actividades con la comunidad indígena presente en nuestro Municipio.

2.1 MISIÓN

Prestar servicios de Salud, con talento humano idóneo y calificado, comprometido en brindar atención humanizada, segura e integral, buscando el bienestar del usuario y su entorno, a través de acciones de responsabilidad ambiental y social.

2.2 VISIÓN

Posicionaremos la institución, como líder en la prestación de servicios de salud en la región, con un óptimo modelo de atención, un amplio portafolio de servicios y garantizando talento humano y tecnológico fortalecidos para obtener rentabilidad financiera y social.

2.3 PRINCIPIOS ÉTICOS INSTITUCIONALES

Como parte de nuestro compromiso con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión, articulamos nuestra formulación estratégica a las herramientas ya definidas en la ESE, es por ello que en el marco de la Resolución 064 de 2018, se definen los principios éticos institucionales conforme a lo descrito en el Código de Integridad Institucional.

2.3.1 HONESTIDAD

Actúo siempre con fundamento en la verdad, cumpliendo mis deberes con transparencia y rectitud, y siempre favoreciendo el interés general.





2.3.2 RESPETO

Reconozco, valoro y trato de manera digna a todas las personas, con sus virtudes y defectos, sin importar su labor, su procedencia, títulos o cualquier otra condición.

2.3.3 COMPROMISO

Soy consciente de la importancia de mi rol como servidor público y estoy en disposición permanente para comprender y resolver las necesidades de las personas con las que me relaciono en mis labores cotidianas, buscando siempre mejorar su bienestar.

2.3.4 DILIGENCIA

Cumplo con los deberes, funciones y responsabilidades asignadas a mi cargo de la mejor manera posible, con atención, prontitud, destreza y eficiencia, para así optimizar el uso de los recursos del Estado.

2.3.5 JUSTICIA

Actúo con imparcialidad garantizando los derechos de las personas, con equidad, igualdad y sin discriminación.

2.3.6 HUMANIZACIÓN

Brindo una atención integral de calidad, tanto en lo físico, como en lo emocional y espiritual; tratando la paciente y sus seres queridos con respeto y dignamente. Reconociendo sus derechos y sus deberes.





2.4 OBJETIVOS INSTITUCIONALES

Como parte de la formulación estratégica institucional, el plan de gestión de la ESE Hospital Departamental San Juan de Dios del Municipio de Riosucio, para el periodo 2020 - 2024, define los siguientes objetivos institucionales:

2.4.1 OBJETIVO GENERAL

Mejorar la prestación de Servicios de salud a través de la ampliación del portafolio de servicios, la mejora en los indicadores de calidad en salud y el alcance de rentabilidad Social y Financiera.

2.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Establecer estrategias de trabajo con sentido humano y enfoque integral, que permitan la mejora de los procesos institucionales.
2. Ampliar el portafolio de servicios institucional en procura de la garantía de atención integral en salud.
3. Continuar la implementación de los sistemas de gestión institucional, con enfoque en el modelo integrado de planeación y gestión, el sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo y el sistema de control interno.
4. Garantizar el desarrollo de procesos basados en un modelo de calidad y mejora continua.
5. Mejorar la educación continuada con enfoque en la formulación estratégica y misional a los colaboradores de la institución.
6. Fortalecer las alianzas estratégicas institucionales, en el marco de los convenios docencia servicio.
7. Incrementar la venta de servicios de salud, como medio para avanzar en la competitividad institucional.
8. Desarrollar sistemas de costos y sostenibilidad contable y financiera velando por la transparencia y la rentabilidad financiera y social.





2.5 MAPA ESTRATÉGICO DE PERSPECTIVAS

Con base en los objetivos planteados, se muestra la definición de los mismos en las siguientes perspectivas Institucionales de acuerdo a lo Planteado en el Plan Departamental de Desarrollo “Unidos es Posible”:





2.6 DERECHOS Y DEBERES

La ESE Hospital Departamental San Juan de Dios de Riosucio, tiene como prioridad sus usuarios, y por ende la importancia de darles a conocer sus derechos enmarcados en ley, así como dar a conocer sus deberes como usuario del sistema de salud.

2.6.1 DERECHOS DE NUESTROS USUARIOS



Acceder a los servicios sin que le impongan trámites administrativos adicionales a los de ley.



Ser orientado respecto a la entidad que debe prestarle los servicios de salud requeridos.



Que le autoricen y presten los servicios incluidos en el Plan de Beneficios de manera oportuna, si requiere un servicio que no esté incluido, también lo puede recibir.



Que como cotizante le paguen las licencias y las incapacidades médicas.



Recibir por escrito las razones por las que se niega el servicio de salud.



Tener protección especial cuando se padecen enfermedades catastróficas y de alto costo, sin el cobro de copagos.



Que en caso de urgencia, sea atendido de manera inmediata, sin que le exijan documentos o dinero.



Que solamente le exijan su documento de identidad para **acceder a los servicios** de salud.



Que atiendan con prioridad a los menores de 18 años.



Que le informen dónde y cómo pueden presentar quejas o reclamos sobre la atención en salud prestada.



Elegir libremente el asegurador, la IPS y el profesional de la salud que quiere que lo trate, dentro de la red disponible.



Recibir un trato digno sin discriminación alguna.



Recibir los servicios de salud en condiciones de higiene, seguridad y respeto a su intimidad.



Recibir o rechazar apoyo espiritual o moral.



Recibir durante todo el proceso de la enfermedad, **la mejor asistencia médica** disponible.



Que se mantenga **estricta confidencialidad** sobre su información clínica.





Recibir servicios continuos, sin interrupción y de manera integral.



Que usted o la persona que lo represente acepte o rechace cualquier tratamiento y que su opinión sea tomada en cuenta y respetada.



Obtener información clara y oportuna de su estado de salud, de los servicios que vaya a recibir y de los riesgos del tratamiento.



Ser incluido en estudios de investigación científica, **sólo si lo autoriza**



Recibir una segunda opinión médica si lo desea y a que su asegurador valore el concepto emitido por un profesional de la salud externo.



Ser informado sobre los costos de su atención en salud.

2.6.1 DEBERES DE NUESTROS USUARIOS



Cuidar su salud, la de su familia y su comunidad.



Cumplir las normas y actuar de buena fe frente al Sistema de Salud.



Cumplir de manera responsable con las recomendaciones de los profesionales de salud que lo atiendan.



Brindar la información requerida para la atención médica y contribuir con los gastos de acuerdo con su capacidad económica.



Actuar de manera solidaria ante las situaciones que pongan en peligro la vida o la salud de las personas.



Respetar al personal de salud y cuidar las instalaciones donde le presten dichos servicios.





2.7 ¡TÚ, NUESTRO COMPROMISO!

Desde hoy, tú eres nuestro compromiso, para un mejor servicio, brindar una mejor experiencia en nuestro hospital y trabajar para ser siempre mejores, nuestro objetivo se centra en entregar más servicios a través de un equipo de trabajo fortalecido en todos los sentidos; humano e intelectualmente; las acciones que desarrolla la E.S.E se centraran en la diversidad cultural y social de nuestro municipio, haciendo de este un hospital para todos, para nuestras comunidades indígenas, para nuestros usuarios del sector urbano y rural, para que esta institución desarrolle acciones de inclusión y trabajo social.

Es así, como nace nuestro Slogan “¡TÚ, NUESTRO COMPROMISO!”, el cual representa para nuestra institución al ser humano como el eje trazador de la formulación estratégica.

Por ello, “¡Tú, Nuestro Compromiso!” tiene como Pilares:

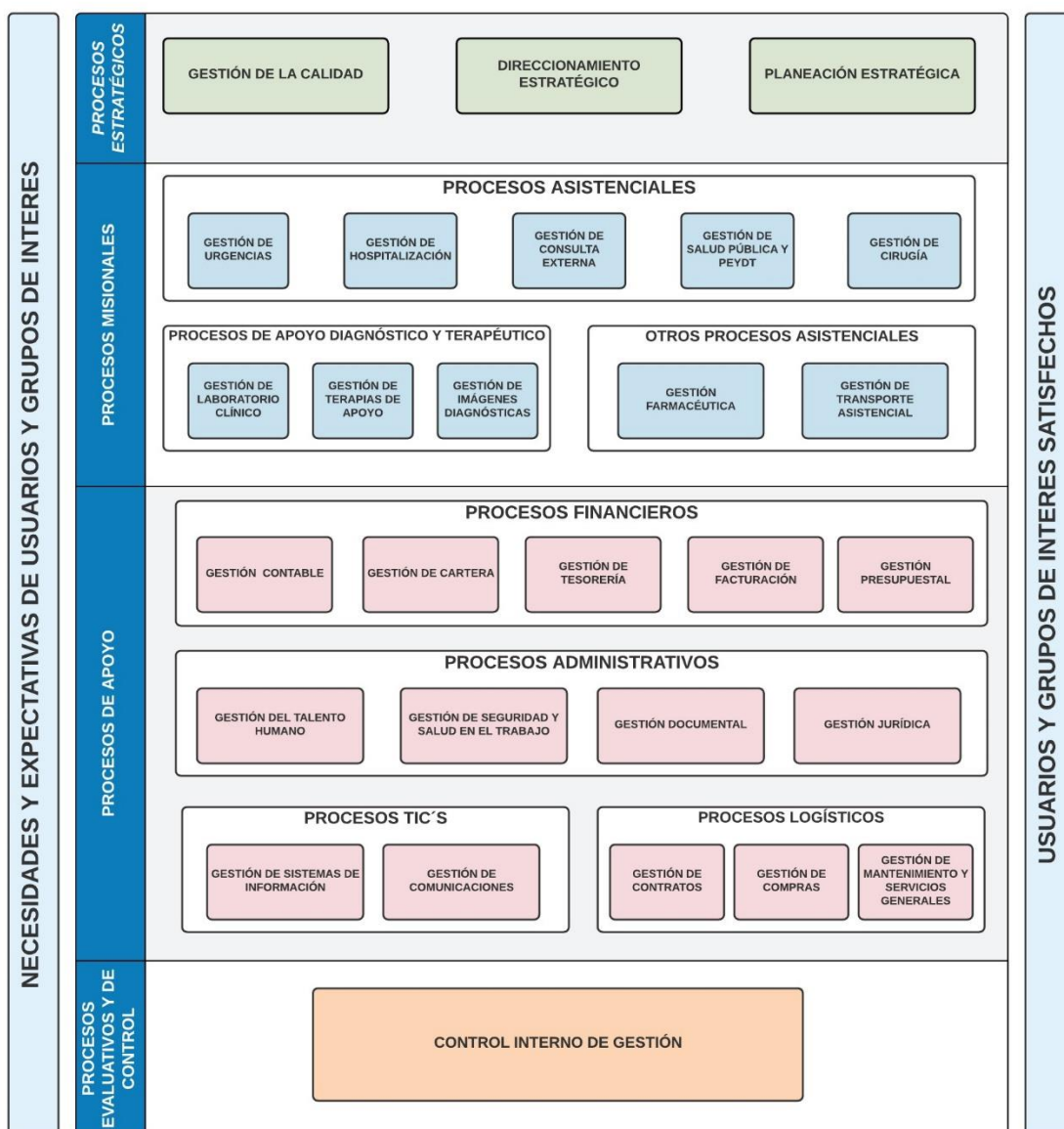
1. Hospital para Todos: Trabajamos por y para todos, sin distinción de raza, color, género o nivel socio económico.
2. Orientación al usuario y al colaborador: Nuestro que hacer, está centrado en las personas, esa siempre será nuestra prioridad.
3. Humanizando la atención: Lideramos procesos con sentido humano y enfoque social.
4. Creceremos para ti: Buscaremos rentabilidad financiera y social para mejorar nuestros servicios.





2.8 MAPA DE PROCESOS

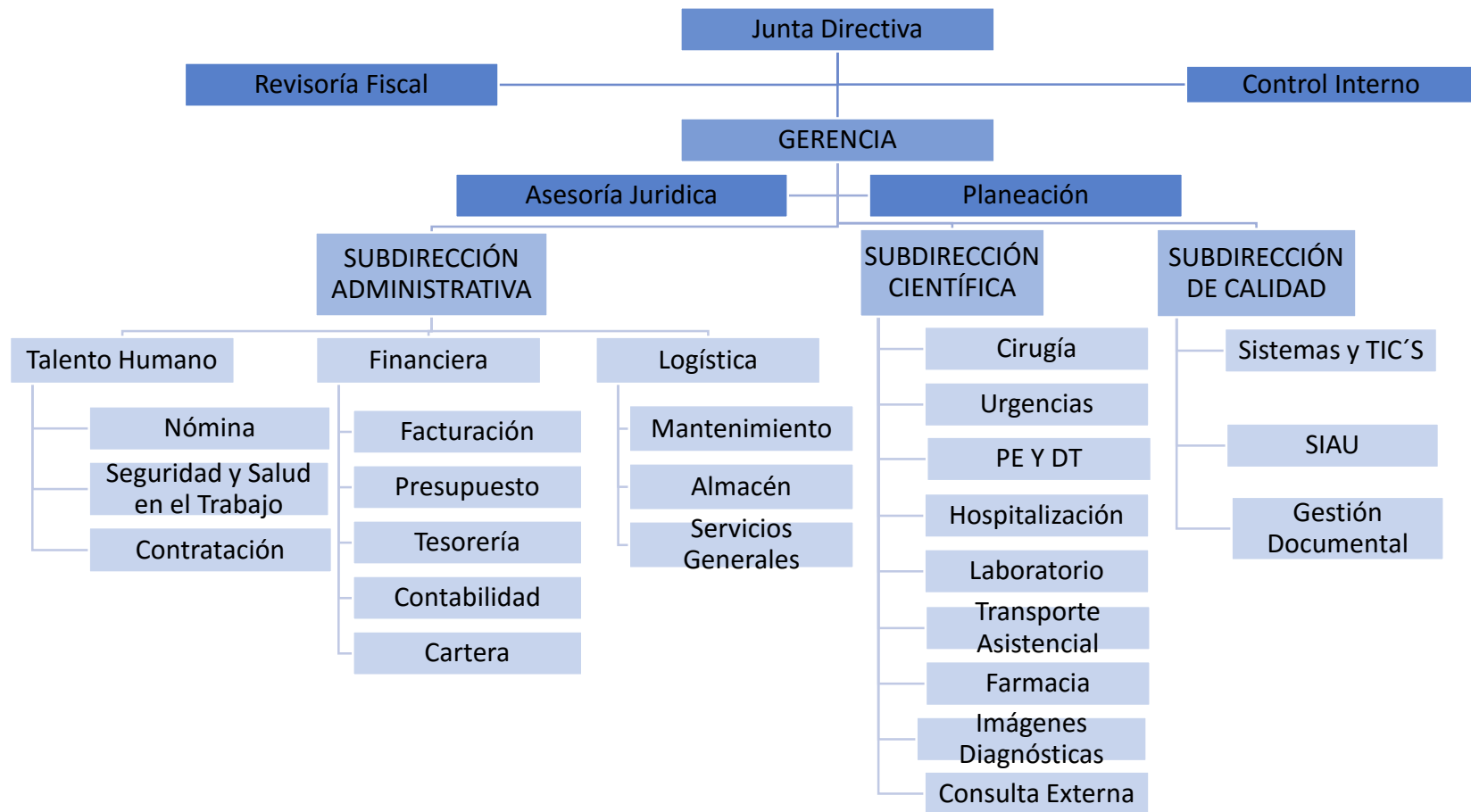
Como parte de los lineamientos de actualización estratégica, el plan de Gestión 2020 – 2024 de la ESE Hospital San Juan de Dios de Riosucio, establecerá la implementación de acciones de trabajo enmarcada en procesos, así como la actualización del mapa de procesos y su esquema organizacional, lo que permitirá articular y optimizar las acciones conjuntas entre las áreas, así como el cumplimiento de metas y objetivos a través de la evaluación de Indicadores por proceso de gestión. A continuación, se presenta mapa de procesos de la E.S.E:





2.9 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

La ESE Hospital San Juan de Dios de Riosucio, dado los cambios normativos, organizacionales y procedimentales para el ejercicio de la prestación de servicios de salud, establece en el marco de una estructura funcional, un esquema que permita el alcance de objetivos y metas trazadas, a continuación se presenta la estructura organizacional definida para la E.S.E:





2.10 DIMENSIONES ESTRATÉGICAS

2.10.1 DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA:

La E.S.E Hospital Departamental San Juan de Dios de Riosucio pretende desarrollar acciones en torno al fortalecimiento de los procesos estratégicos institucionales, donde se encuentra Calidad, Planeación y Gerencia como principales desarrolladores de dichos procesos, así mismo la actualización institucional en torno a la formulación del Plan de gestión.

DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA

PLANEACIÓN

Actualización y Socialización de guías, protocolos, manuales y formatos de acuerdo a normatividad y enfoque de gestión.

CALIDAD
CONTROL
INTERNO

Fortalecer los procesos de Auditoría, seguimiento y evaluación interna a fin de minimizar riesgos.

TRANSVERSAL

Establecer herramientas de de implementación y mantenimiento del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG.

Definir acciones de humanización de los servicios de salud, a través de actividades y acciones institucionales.





2.10.2 FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA:

La ESE Hospital Departamental San Juan de Dios de Riosucio pretende desarrollar acciones de gestión financiera y administrativa, que redunden en la óptima ejecución de recursos con base en la planeación, la definición de proyectos de inversión, la modernización y la gobernanza, la sostenibilidad financiera y la medición de indicadores.

FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA

PLANEACIÓN
SISTEMAS

Actualización tecnológica Institucional con miras al mejoramiento, estandarización y la oportunidad de las áreas asistenciales y administrativas.

FINANCIERA
PLANEACIÓN

Establecer un sistema de costos y sostenibilidad contable y financiera para la ESE.

CALIDAD
SIAU

Promover la participación social en salud como mecanismo de mejora continua a través de las asociaciones de usuarios.

TALENTO
HUMANO

Fortalecer las políticas estratégicas de talento humano basados en el Modelo Integrado de Planeación y gestión y centrados en la selección, evaluación y retención del personal.





2.10.3 GESTIÓN CLÍNICA Y ASISTENCIAL - SALUD PÚBLICA Y PEDT:

La ESE Hospital Departamental San Juan de Dios de Riosucio pretende desarrollar acciones de gestión frente a los servicios asistenciales de acuerdo a la capacidad instalada de la entidad y enfocado en la humanización, la calidad, la salud pública y la detección temprana y protección específica.

GESTIÓN CLÍNICA Y ASISTENCIAL - SALUD PÚBLICA Y PEDT

CALIDAD

Establecer medidas de auditoría en salud, para el mejoramiento y fortalecimiento de los servicios asistenciales.

CALIDAD
ASISTENCIAL

Documentar, socializar y evaluar el modelo de atención al usuario enmarcado en el Modelo de Acción Integral en Salud - MAITE

Promover espacios para la investigación, la educación y el desarrollo del conocimiento apoyados en los Convenios Docencia Asistencial.

ASISTENCIAL

Implementar acciones de mejora continua en los procesos asistenciales, con énfasis en la aplicación de guías, protocolos y manuales.





2.11 PACTOS POR LA SALUD

En el marco del Plan de Desarrollo Departamental “Primero la Gente”, las E.S.E del orden Departamental, firmamos un pacto por la Salud de los Caldenses, en este sentido y comprometidos con este pacto, la ESE Hospital Departamental San Juan de Dios del Municipio de Riosucio, se une a estas acciones concretas orientadas a la transparencia, la eficiencia, la eficacia, y al mejoramiento de la calidad de la atención en salud, en este sentido nuestros Compromisos son:

COMPROMISOS

1. Establecer un sistema de costos que conlleven al establecimiento de unidades o centros de costos, al manejo estricto del gasto y a una rigurosa gestión de cartera.
2. Adelantar una política de humanización de los servicios de salud.
3. Realizar procesos y establecer indicadores que permitan medir las adherencias de manejo clínico.
4. De acuerdo con nuestros niveles de complejidad y nuestro portafolio de servicios, realizar seguimiento estricto y permanente al manejo de los intolerables evitables:
 - 4.1. Mortalidad materna y perinatal
 - 4.2. Embarazo no deseado y en adolescentes
 - 4.3. Sífilis congénita
 - 4.4. Hipotiroidismo congénito
 - 4.5. Transmisión vertical de VIH
 - 4.6. Mortalidad por SIDA
 - 4.7. Morbilidad y mortalidad por inmuno prevenibles
 - 4.8. Mortalidad por desnutrición
 - 4.9. Mortalidad por EDA en menores de 5 años
 - 4.10. Mortalidad por IRA en menores de 5 años
 - 4.11. Cáncer invasivo de cérvix
 - 4.12. Mortalidad por cáncer de mama
 - 4.13. Mortalidad por leucemia linfocítica aguda en niños
 - 4.14. Morbilidad evitable sobre agregada a patología oncológica
 - 4.15. Morbilidad y mortalidad por maltrato, violencia intrafamiliar y de género





- 4.16. Morbilidad hospitalaria y mortalidad por TBC
 - 4.17. Morbilidad hospitalaria por EPOC
 - 4.18. Morbilidad por malaria y dengue
 - 4.19. Morbilidad evitable sobre agregada y mortalidad por causa cardiovascular (ERC, ECV, IAM, RVP)
 - 4.20. Morbilidad evitable sobre agregada y mortalidad por causa metabólica.
5. Gestión transparente en el manejo de recursos y en la calidad del servicio, que garanticen equidad, oportunidad y accesibilidad.
 6. Implementar políticas de transparencia y buen gobierno.
 7. Titularización de predios e implementar al menos dos nuevos CAS dentro de la estrategia de atención primaria.
 8. Adopción de tecnologías de la información y de las comunicaciones – TICS, dentro de sus procesos administrativos y asistenciales.
 9. Mejoramiento tecnológico institucional (software – hardware).
 10. La E.S.E apadrinará a los hospitales de baja complejidad para el mejoramiento de sus procesos asistenciales.

Se brindará una atención respetuosa, fortaleciendo las creencias culturales de la población objeto asegurando una atención con enfoque diferencial, la diversidad cultural, se define como una característica esencial de la humanidad. Nuestro país se caracteriza por su rica diversidad cultural, evidenciándose en gran variedad de identidades y expresiones étnicas, lingüísticas de los pueblos y comunidades. Riosucio, Caldas se caracteriza por ser un pueblo indígena descendiente de los Embera; se encuentran distribuidos en 4 resguardos indígenas identificados como: Nuestra Señora Candelaria de la Montaña; Escopetera Pirza; San Lorenzo y Cañamomo y Lomapieta. El Hospital Departamental San Juan de Dios, acogiendo a la diversidad cultural en su Plan de Gestión 2020-2024 incluye la siguiente ruta con un enfoque diferencial:

- **Ruta de atención materno perinatal con un enfoque intercultural:** Busca la armonización del Sistema General de Seguridad Social en Salud articulando la salud y saberes ancestrales versus la medicina occidental, garantizando acciones interculturales que brinden una atención respetuosa, fortaleciendo las creencias y culturas de la población objeto.





2.12 LÍNEAS DE ACCIÓN MAITE

Con base en los lineamientos trazados por el Departamento y El Municipio en torno a las líneas de Salud en sus Planes de Desarrollo, así como el desarrollo del Modelo de Acción Integral en Salud – MAITE, soportamos las líneas de acción MAITE (Modelo de acción integral territorial), como eje central de las estrategias de Direccionamiento.





CAPÍTULO 3: POLÍTICAS DE GESTIÓN Y DESEMPEÑO

POLÍTICAS DE GESTIÓN Y DESEMPEÑO

POLÍTICA

Gestión estratégica de talento humano

Integridad

Planeación Institucional

Gestión Presupuestal y eficiencia del gasto

Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos

Gobierno Digital

Seguridad Digital

Defensa Jurídica

Mejora Normativa

Servicio al ciudadano

Racionalización de Trámites

Participación Ciudadana

Evaluación del desempeño institucional

Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción

Gestión Documental

RESPONSABLES

Gerencia - Talento Humano - Planeación - Financiera - Calidad

Gerencia - Planeación - Financiera - SIAU - Control Interno -
Comunicaciones - Calidad

Transversal

Gerencia - Planeación - Financiera - Contabilidad - Presupuesto - Cartera

Gerencia - Planeación - Calidad - Control Interno

Gerencia - Planeación - Calidad -Sistemas - Control Interno

Gerencia - Planeación - Calidad -Sistemas - Control Interno

Gerencia - Planeación - Jurídica - Asistencial - Control Interno

Gerencia - Planeación - Jurídica -Calidad - Asistencial - Control Interno

Gerencia - SIAU - Calidad - Planeación - PE Y DT

Gerencia - Planeación - Jurídica -Calidad - Asistencial - Control Interno

Gerencia - Planeación - Calidad - Control Interno - SIAU

Gerencia - Planeación - Calidad - Control Interno

Gerencia - Planeación - Calidad -Sistemas - Control Interno -
Comunicaciones

Gerencia - Planeación - Calidad - Control Interno - Estadística





CAPÍTULO 4: PROYECTOS DE DESARROLLO

No. PROYECTO	PROYECTO DE DESARROLLO	GERENTE PROYECTO
1	Política y despliegue del programa de Humanización Institucional	Calidad - SIAU
2	Proyecto de construcción de servicio de Quirófano.	Mantenimiento – Jefe Cirugía
3	Proyecto de construcción de servicio de Ginecobstetricia.	Mantenimiento – Subdirección Científica
4	Proyecto de renovación y adquisición tecnológica.	Mantenimiento – Odontología – Jefe Cirugía
5	Proyecto de adecuación de toma de muestras.	Mantenimiento – Laboratorio
6	Proyecto de mejoramiento de infraestructura del servicio farmacéutico.	Mantenimiento – Químico Farmacéutico.
7	Hotelería para los servicios asistenciales.	Calidad
8	Proyecto de energías y recursos sostenibles.	Mantenimiento





CAPÍTULO 5: SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

Conforme a lo establecido en las normas relativas a la materia, el Seguimiento y Evaluación del presente plan de gestión, se basa en un conjunto de herramientas de validación de información que permitan la toma de decisiones a través del análisis de los resultados de los indicadores propuestos en el marco de las estrategias institucionales.

Es así como su principal fin se basa en:

- 1) Analizar los riesgos asociados a la ejecución de las estrategias de gestión.
- 2) Fortalecer los procesos de toma de decisiones basados en hechos, y la realidad de la institución.
- 3) Proporcionar a la institución información oportuna sobre los resultados e impacto de sus estrategias y proyectos.
- 4) Garantizar transparencia y accesibilidad de la información a los usuarios en la ejecución de los diferentes planes, programas o proyectos.
- 5) Monitorear la ejecución de las diferentes estrategias, buscando detectar posibles desviaciones en los procesos para tomar los correctivos necesarios.
- 6) Controlar la correcta utilización de recursos humanos técnicos y financieros en los diferentes campos de acción de la Institución.

En este sentido, la E.S.E Hospital Departamental San Juan de Dios designa a las Oficinas de Calidad, Planeación y Control interno, como garantes de los procesos de autoevaluación, medición de indicadores y gestión de informes, así como el esquema de seguimiento y evaluación al presente plan de gestión, garantizando la imparcialidad en sus observaciones, la transparencia en las mediciones y la correcta implementación de metodologías de seguimiento continuo a las estrategias, objetivos y metas aquí definidas. El proceso de evaluación y seguimiento tendrá fundamento jurídico en la Resolución 710 de 2012, la Resolución 743 de 2013, la Resolución 408 de 2018, los planes operativos anuales y sus indicadores definidos en el contexto institucional y normativo para cada proceso de gestión, a fin de dar cumplimiento a los estándares vigentes en este sentido, dichas herramientas de evaluación se desarrollaran de acuerdo a las líneas base obtenidas en el desarrollo del plan de gestión institucional anterior.





5.1 EVALUACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN

Conforme a lo descrito en las Resoluciones 710 de 2012, 743 de 2013 y 408 de 2018, los indicadores para evaluación del plan de gestión serán los relacionados a continuación, no se incluye el indicador de riesgo fiscal, por cuanto la E.S.E actualmente no se encuentra en riesgo, así mismo, estará sujeto a los cambios normativos definidos para tal fin:

	No	INDICADOR	FORMULA INDICADOR	LÍNEA BASE	META ANUAL (2020-2024)	ESTRATEGIA	RESPONSABLE
DIRECCIÓN Y GERENCIA 20%	1	Promedio de la calificación de la autoevaluación cuantitativa y cualitativa en desarrollo del ciclo de preparación para la Acreditación o del ciclo de mejoramiento de la Empresa Social del Estado en los términos del artículo 2 de la Resolución 2181 de 2008 o de la norma que la sustituya	Promedio de la calificación de la auto evaluación en la vigencia / Promedio de la calificación de la autoevaluación en la vigencia anterior.	1 (Nuevo ciclo de mejoramiento)	$\geq 1,11$ y $\leq 1,20$	Se desarrollarán acciones tendientes al fortalecimiento del Programa de Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad - PAMEC de manera conjunta entre dos los responsables de área.	Calidad
	2	Efectividad en la Auditoria para el Mejoramiento Continuo de la Calidad en la atención de Salud	Número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas / Total de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoría registrados en el PAMEC.	0,71	$\geq 0,71$	Seguimiento trimestral a las acciones desarrolladas por los responsables de área en el marco del PAMEC.	Calidad
	3	Gestión de Ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	Número de metas del Plan Operativo Anual cumplidas / Número de metas de Plan Operativo Anual Programadas.	0,71	$\geq 0,71$	Evaluación de los Planes Operativos Anuales - POA a través del comité institucional de gestión y desempeño.	Planeación





	No	INDICADOR	FORMULA INDICADOR	LÍNEA BASE	META ANUAL (2020-2024)	ESTRATEGIA	RESPONSABLE
FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA 40%	4	Riesgo Fiscal y Financiero	Aplicación de la Matriz de evaluación del riesgo.	Sin Riesgo	Sin Riesgo	Estrategias financieras.	Gerencia - Financiera
	5	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida	[[Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en el año objeto de la evaluación / Número de UVR producidas en la vigencia objeto de evaluación] / (Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia anterior - en valores constantes del año objeto de evaluación / Número de UVR producidas en la vigencia anterior)]	0,99	≤ 0,99	Evaluación financiera, de costos y de producción periódica para la verificación de la evolución del gasto por unidad de valor relativo producida.	Financiera
	6	Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos: 1. Compras conjuntas 2. Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado. 3. Compras a través de mecanismos electrónicos.	Valor total adquisiciones de medicamentos y material médico-quirúrgico realizadas en la vigencia evaluada mediante uno o más de los siguientes mecanismos: a) Compras conjuntas b) Compras a través de cooperativas de ESE c) compras a través de mecanismos electrónicos / Valor total de adquisición de la ESE por medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada.	0,51	≥ 0,51	Establecer un convenio de compras conjuntas con las demás E.S.E del departamento de Caldas a fin de realizar los procesos de adquisición de medicamentos y material médico quirúrgico.	Gerencia





No	INDICADOR	FORMULA INDICADOR	LÍNEA BASE	META ANUAL (2020-2024)	ESTRATEGIA	RESPONSABLE
7	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios y variación del monto frente a la vigencia anterior.	A. Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios de personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación B. [(Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios de personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación) - (Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios de personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior, en valores constantes)].	Deuda mayor a 30 días con variación negativa respecto de la vigencia 2018.	Deuda Cero (0) o variación interanual negativa.	Definir un plan de pagos con prioridad en los conceptos de Honorarios y Salarios.	Gerencia - Tesorería
8	Utilización de información de Registro Individual de prestaciones RIPS.	Número de informes del análisis de la prestación de servicios de la ESE a la junta directiva con base en RIPS en la vigencia objeto de evaluación. En el caso de instituciones clasificadas en primer nivel el informe deberá contener la caracterización de la población capitada, teniendo en cuenta, como mínimo, el perfil epidemiológico y las frecuencias de uso de los servicios. (MÍNIMO 4 INFORMES EN EL AÑO)	4 Informes	4	Realizar seguimiento, socialización y verificación mensual de los RIPS (Producción) para su presentación trimestral ante Junta Directiva.	Sistemas - Estadística





	No	INDICADOR	FORMULA INDICADOR	LÍNEA BASE	META ANUAL (2020-2024)	ESTRATEGIA	RESPONSABLE
	9	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo.	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia objeto de evaluación (incluye el valor recaudado de CxC de vigencias anteriores) / valor de la ejecución de gastos comprometidos en la vigencia objeto de evaluación (incluye el valor comprometido de CxP de vigencias anteriores).	0,91	≥ 0,91	Continuidad al seguimiento del comité de sostenibilidad contable y financiera sobre la ejecución de Ingresos y Gastos	Planeación – Financiera
FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA 40%	10	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya.	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente.	Informes presentados oportunamente.	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente.	Seguimiento a la entrega y reporte de informes institucionales de forma continua.	Planeación - Control Interno
	11	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 compilado en la Sección 2, Capítulo 8, Título 3, Parte 5 del Libro 2 del decreto 780 de 2016- Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, o la norma que la sustituya.	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente de la vigencia objeto de evaluación.	Cuatro informes presentados oportunamente.	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente.	Seguimiento a la entrega y reporte de informes institucionales de forma continua.	Planeación - Control Interno





	No	INDICADOR	FORMULA INDICADOR	LÍNEA BASE	META ANUAL (2020-2024)	ESTRATEGIA	RESPONSABLE
GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL 40%	12	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos en gestantes.	Número de historias clínicas auditadas, que hacen parte de la muestra representativa, con aplicación estricta de la guía de manejo para diagnóstico de hemorragias del III trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación en la vigencia objeto de evaluación / Número total de historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con edad gestacional mayor de 27 semanas, atendidas en la ESE, con diagnóstico de hemorragia de III trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación, en la vigencia objeto de evaluación.	0,56	≥ 0,56	Evaluación y auditoría mensual de historias clínicas con aplicación estricta de la guía de manejo para diagnóstico de hemorragias del III trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación	Subdirección científica
	13	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida.	Número de historias clínicas auditadas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de manejo adoptada por la ESE para el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia objeto de evaluación / Total historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia objeto de evaluación.	0,56	≥ 0,56	Evaluación y auditoría mensual de historias clínicas con aplicación estricta de la guía de manejo adoptada por la ESE para el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida	Subdirección Científica





No	INDICADOR	FORMULA INDICADOR	LÍNEA BASE	META ANUAL (2020-2024)	ESTRATEGIA	RESPONSABLE
14	Oportunidad en la realización de apendicetomía.	Número de pacientes con diagnóstico de apendicitis al egreso, a quienes se les realizó la apendicetomía dentro de las seis horas de confirmado el diagnóstico en la vigencia objeto de la evaluación / Total de pacientes con diagnóstico de apendicitis al egreso en la vigencia objeto de evaluación.	0,71	≥ 0,71	Seguimiento mensual a los casos de apendicitis presentados en la ESE	Subdirección Científica - Cirugía
15	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual.	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación - Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia anterior.	Variación negativa de eventos de neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario o en pacientes pediátricos.	Cero (0) o Variación negativa de eventos de neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en pacientes pediátricos.	Seguimiento mensual de pacientes pediátricos con neumonías bronco-espriativas de origen intra hospitalario en la E.S.E	Subdirección Científica





	No	INDICADOR	FORMULA INDICADOR	LÍNEA BASE	META ANUAL (2020-2024)	ESTRATEGIA	RESPONSABLE
	16	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de infarto agudo de miocardio (IAM).	Número de pacientes con diagnóstico de egreso de infarto agudo de miocardio a quienes se inició la terapia específica de acuerdo con la guía de manejo para infarto agudo de miocardio dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnóstico en la vigencia objeto de evaluación / Total de pacientes con diagnóstico de egreso de infarto agudo de miocardio en la vigencia objeto de evaluación.	0,71	≥ 0,71	Seguimiento mensual a los casos de egreso de infarto agudo de miocardio a quienes se inició la terapia específica de acuerdo con la guía de manejo para infarto agudo miocardio dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnóstico de la E.S.E	Subdirección Científica
GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL 40%	17	Análisis de mortalidad intrahospitalaria.	Número de muertes intrahospitalarias mayores de 48 horas revisada en el comité respectivo en la vigencia objeto de evaluación / Total de muertes intrahospitalarias mayores de 48 horas en la vigencia objeto de evaluación.	0,71	≥ 0,71	Seguimiento mensual a los casos de mortalidad Intrahospitalaria.	Comité de muertes intrahospitalarias
	18	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de pediatría de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó, en la vigencia objeto de evaluación / Número total de citas de pediatría de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de evaluación.	7 días	≤ 7 días	Seguimiento a los tiempos de asignación de citas de pediatría.	SIAU





No	INDICADOR	FORMULA INDICADOR	LÍNEA BASE	META ANUAL (2020-2024)	ESTRATEGIA	RESPONSABLE
19	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de obstetricia de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó, en la vigencia objeto de evaluación / Número total de citas de obstetricia de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de evaluación.	10 días	≤ 10 días	Seguimiento a los tiempos de asignación de citas de obstetricia.	SIAU
20	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de medicina interna de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó, en la vigencia objeto de evaluación / Número total de citas de medicina interna de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de evaluación.	22 días	≤ 22 días	Seguimiento a los tiempos de asignación de citas de medicina interna.	SIAU

