# JUNTOS POR LA SOSTENIBILIDAD CONSCIENTE Y EL COMPROMISO DE VIDA

## 2024 - 2028

ESE Hospital Marco Fidel Suárez
Compromiso de Vida

GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

# JUNTA DIRECTIVA

| Integrantes Junta Directiva |
|---|

| Representantes del sector Político - Administrativo | |
|---|---|
| Dora Raquel Arcia Indabur | Presidente Junta Directiva (delegada del Gobernador) |
| Elizabeth Gómez Gómez | Designada por el Gobernador |
| Juan David Berrio Vargas | Delegado Secretaria Seccional de Salud de Antioquia |

| Representantes del sector Científico | |
|---|---|
| Vacante | Representante sector científico área de influencia |
| Carlos Mario Gallego Ospina | Representante empleados de la institución |
| Pompilio de Jesús Gutiérrez Peñuela | Representante profesional de la institución |

| Representantes del sector Comunidad | |
|---|---|
| William de Jesús Román Gutiérrez | Representante COPACO |
| Juan Carlos Carvajal Restrepo | Representante Asociación de Usuarios |
| Jaqueline Villa Marín | Representante gremios de la producción |

# EQUIPO DIRECTIVO

**Julián Felipe Pineda Velásquez**
Gerente

**Lency Naranjo Zuluaga**
Subgerente científica

**Iván Alexander Zuluaga Zuluaga**
Subgerente administrativo y financiero

**Leobardo de Jesús Ortiz Pino**
Asesor de Calidad

**Daniel Esteban Bravo Henao**
Director de gestión humana

**Juan Camilo Velásquez Rueda**
Asesor jurídico

**Diana Cristina Echeverri Pérez**
Directora Financiera

**María Patricia Gómez Mora**
Directora de Urgencias y Centro Regulador

# PARTICIPANTES EN LA CONSTRUCCIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO 2024 - 2027

**Julián Felipe Pineda Velásquez**
Gerente

**Iván Alexander Zuluaga Zuluaga**
Subgerente administrativo y financiero

**Diana Cristina Echeverri Pérez**
Directora Financiera

**María Patricia Gómez Mora**
Directora de Urgencias y Centro Regulador

**Lina Paola Sierra Alemán**
Líder laboratorio clínico

**Juan Pablo Londoño Pino**
Coordinación sede Niquia

**Jany Padilla Osorio**
Comunicaciones

**Santiago Orozco Parra**
Coordinación de ingeniería Biomédica

**María Fanny Jaramillo Tabares**
Asesora de Planeación

**Lency Naranjo Zuluaga**
Subgerente Científica

**Daniel Esteban Bravo Henao**
Director de Gestión Humana

**Juan Camilo Velásquez Rueda**
Asesor Jurídico

**Angie Burbano Bedoya**
Líder hospitalización

**Alejandro Pabón Gómez**
Líder experiencia del usuario

**Berónica López Gómez**
Coordinadora SOGCS

**Carolina Jiménez Márquez**
Coordinadora sistemas de información

**Leobardo Ortiz Pino**
Asesor de Calidad

**Líderes de proceso y colaboradores**

## TABLA DE CONTENIDO


1. INTRODUCCIÓN ..... 8
2. MARCO NORMATIVO ..... 10
3. RESEÑA HISTÓRICA ..... 16
4. SERVICIOS HABILITADOS Y CAPACIDAD INSTALADA ..... 19
   4.1. Servicios habilitados ..... 19
   4.2. Capacidad instalada ..... 20
      4.2.1. Capacidad instalada a la fecha en sede Autopista ..... 20
      4.2.2. Capacidad instalada a la fecha sede Niquía ..... 20
5. CONTEXTOS ..... 22
   5.1. Contexto internacional ..... 22
   5.2. Contexto nacional ..... 28
   5.3. Contexto departamental ..... 37
   5.4. Contexto municipal ..... 47
   5.5. Contexto nuestro hospital ..... 54
      5.5.1. Análisis de los servicios en la ESE ..... 57
      5.5.2. Análisis técnico financiero de la ESE ..... 71
      5.5.3. Sistema de información y atención al usuario ..... 83
      5.5.4. Planta de cargos ..... 90
6. METODOLOGÍA ..... 96
7. DIAGNÓSTICO EMPRESARIAL ..... 100
8. DEFINICIÓN DE ESTRATÉGIAS ..... 105
9. ANÁLISIS DE RIESGOS DE LOS OBJETIVOS ESTRATÉGICOS Y DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES ..... 107
10. PLATAFORMA ESTRATÉGICA ..... 110
   10.1. Misión y Visión ..... 110
   10.2. Principios y valores ..... 111

10.3. Enfoque diferencial ... 113
10.4. Objetivos estratégicos ... 114
10.5. Código de buen gobierno y de integridad ... 115
10.6. Políticas ... 116
10.7. Mapa de procesos ... 131
10.8. Organigrama ... 132
11. ARTICULACIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL "JUNTOS POR LA SOSTENIBILIDAD CONSCIENTE Y EL COMPROMISO DE VIDA", CON LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE, PLANES DE DESARROLLO NACIONAL, DEPARTAMENTAL Y MUNICIPAL Y PLAN TERRITORIAL DE SALUD ANTIOQUIA ... 133
12. LÍNEAS ESTRATÉGICAS DEL PLAN DE DESARROLLO ... 134
12.1. Línea 1: Gobernabilidad y sostenibilidad consciente ... 137
12.2. Línea 2: Juntos por nuestro compromiso de vida ... 175
12.3. Línea 3: Calidad en la atención cohesionada con el usuario y su familia
12.4. Línea 4: Hospital inteligente, competitivo e innovador ... 219
12.5. Línea 5: Gestión del aprendizaje, transferencia del conocimiento y cultura organizacional ... 239
PLAN OPERATIVO ANUAL Y PLAN PLURIANUAL DE INVERSIONES ... 252
Plan Operativo Anual ... 252
Plan Plurianual de Inversiones ... 252
MONITOREO, SEGUIMIENTO, EVALUACIÓN Y DIVULGACIÓN ... 254
CIBERGRAFÍA ... 256

# PLAN DE DESARROLLO

## 2024 - 2028

ESE Hospital Marco Fidel Suárez
Compromiso de Vida

GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

# 1. INTRODUCCIÓN

Con todo el compromiso y responsabilidad que me caracteriza, asumo el liderazgo de esta gran Institución ESE Hospital Marco Fidel Suarez, una institución que tiene la responsabilidad de brindar bienestar y confianza a las personas que lo visitan y que debe contribuir al mejoramiento de la salud de la población a través de la prestación de servicios de mediana y alta complejidad.

En un entorno cada vez más competitivo y dinámico, es fundamental que nuestro hospital se adapte y evolucione para mantener su competitividad y alcanzar los objetivos estratégicos propuestos. Con este fin, hemos elaborado un plan de desarrollo que establece los programas, proyectos, estrategias y metas que se llevarán a cabo para impulsar nuestro crecimiento y desarrollo en los próximos 3 años.

Dado lo anterior les comparto el presente plan de desarrollo, un documento construido de forma participativa y planeado para lograr un crecimiento sostenible en el tiempo, el cual comprende cinco líneas estratégicas que serán la ruta por seguir para consolidar un hospital referente en todo el territorio antioqueño y consolidado como la entidad competitiva, inteligente e innovadora. Siempre acompañado de nuestros colaboradores quienes son los encargados de generar experiencias positivas a todos nuestros grupos de interés.

Cabe resaltar que nuestro plan de desarrollo se encuentra articulado con cada uno de los lineamientos normativos, los Objetivos de Desarrollo Sostenible, los planes de desarrollo nacional, departamental y municipal y lo más importante: los sueños e ilusiones que nos presentó la comunidad, quienes son nuestra razón de ser y quienes nos definieron propósitos para cumplir con nuestro compromiso de vida, impactando positivamente en cada uno de los ciudadanos que tanto esperan de nosotros y que nos exige estar a la altura de sus expectativas.

El propósito de este plan es proporcionar un marco claro y coherente para nuestro desarrollo, identificando las oportunidades y desafíos que debemos abordar para alcanzar nuestros objetivos. Este plan traza 4 objetivos estratégicos y 5 líneas clave que son fundamentales para nuestro éxito y sostenibilidad a largo plazo.

**Julián Felipe Pineda Velásquez**
Gerente

# MARCO NORMATIVO

ESE Hospital Marco Fidel Suárez
Compromiso de Vida

GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

## 2. MARCO NORMATIVO

**Ley 10 de 1990.** Establece la descentralización de la salud, contiene los principios fundamentales para la municipalización de la salud, así como reorganiza el Sistema Nacional de Salud.

**Constitución Política de 1991.** En su capítulo II, de los planes de desarrollo, en su artículo 339, reza: "Las entidades territoriales elaborarán y adoptarán de manera concertada entre ellas y el gobierno nacional, planes de desarrollo, con el objeto de asegurar el uso eficiente de sus recursos y el desempeño adecuado de las funciones que le hayan sido asignadas por la Constitución y la Ley. Los planes de las entidades territoriales estarán conformados por una parte estratégica y un plan de inversiones de corto y mediano plazo.

**La Constitución establece dos principios rectores de planeación:**

1. Carácter participativo del proceso de formulación de los Planes de Desarrollo, con participación de la sociedad y de poder legislativo.

2. Evaluación continua de los planes y por ende de la gestión pública en términos de resultados.

**Artículo 340.** Habrá un Consejo Nacional de Planeación.

**Artículo 341.** El Gobierno elaborará el Plan Nacional de Desarrollo.

**Artículo 342.** La correspondiente Ley Orgánica reglamentará todo lo relacionado con los procedimientos de elaboración, aprobación y ejecución de los planes de desarrollo y dispondrá de mecanismos apropiados para su armonización y para la sujeción a ellos en los presupuestos oficiales.

**Artículo 343.** La entidad nacional de planeación que señale la Ley tendrá a su cargo el diseño y la organización de los sistemas de evaluación de gestión y resultados de la administración pública, tanto en lo relacionado con políticas como con proyectos de inversión en las condiciones que ella determine.

**Artículo 344.** Los organismos departamentales de planeación harán la evaluación de gestión y resultados sobre los planes y programas de desarrollo e inversión de los departamentos y municipios y participación en la preparación de los presupuestos de estos últimos en los términos que señala la Ley.

**Ley 80 de 1993.** Establece los lineamientos a seguir en los diversos contratos entre el Estado y los particulares. Se destacan los principios de celeridad, eficacia, economía de tiempo y recursos financieros, así como de documentos.

**Ley 87 de 1993.** Establece que "El Control Interno es el sistema integrado por el esquema de organización, el conjunto de planes, métodos, principios, normas, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación adoptados por una

entidad, con el fin de procurar que todas las actividades, operaciones y actuaciones, se realicen de acuerdo con las normas constitucionales y legales vigentes".

**Ley 100 de 1993.** Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se adoptan otras disposiciones y establece los regímenes jurídicos para los afiliados y no afiliados a dicho sistema.

**Ley 134 de 1994.** "Por la cual se dictan normas sobre mecanismos de participación ciudadana".

**Ley Orgánica del Plan de Desarrollo. Propósito (Art. 1°) La Ley 152 de 1994** "Orgánica de Planeación" tiene como propósito establecer los procedimientos y mecanismos para la elaboración y control de los planes de desarrollo, así como la regulación de los demás aspectos contemplados por el artículo XII de la Constitución Política y demás normas constitucionales que se refieren al plan de desarrollo y la planificación. Ámbito de Aplicación: Nación, Entidades Territoriales y Organismos Públicos de todo orden. (Art. 2°).

**Ley 388 de 1997.** "Por la cual se modifica la Ley 9 de 1989, y la Ley 2 de 1991 y se dictan otras disposiciones".

**Ley 617 de 2000.** "Por la cual se reforma parcialmente la Ley 136 de 1994, el Decreto Extraordinario 1222 de 1986, se adiciona la ley orgánica de presupuesto, el Decreto 1421 de 1993, se dictan otras normas tendientes a fortalecer la descentralización, y se dictan normas para la racionalización del gasto público nacional".

**Ley 691 de 2001.** "Mediante la cual se reglamenta la participación de los Grupos Étnicos en el Sistema General de Seguridad Social en Colombia".

**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 819 de 2003.** "Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de presupuesto, responsabilidad y transparencia fiscal y se dictan otras disposiciones".

**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". "El director o gerente de la Empresa Social del Estado del orden territorial deberá presentar a la Junta Directiva un informe anual sobre el cumplimiento del plan de gestión, el cual deberá ser presentado a más tardar el 1°de abril de cada año con corte al 31 de

diciembre del año inmediatamente anterior. Los contenidos del informe y de la metodología serán definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social".

**Ley 1751 de 2015.** "La presente ley tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección".

**Ley 2294 de 2023.** "Por la cual se expide El Plan Nacional De Desarrollo 2022-2026 "Colombia Potencia Mundial De La Vida".

**Decreto 1876 de 1994. – (aclarado por decreto 1621 de 1995).** Artículo 11. "Funciones de la Junta Directiva… 2. Discutir y aprobar los Planes de Desarrollo de la Empresa Social. 3. Aprobar los Planes Operativos Anuales". Artículo 24 "Plan de Desarrollo. Las Empresas Sociales del Estado deberán elaborar anualmente un Plan de Desarrollo, de conformidad con la Ley y los reglamentos".

**Decreto 139 de 1996.** "Por el cual se establecen los requisitos y funciones para los gerentes de Empresas Sociales del Estado y directores de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del sector público". "Desarrollar planes, programas y proyectos de salud conforme a la realidad socioeconómica y cultural de la región… Presentar para aprobación de la Junta Directiva del plan trianual, los programas anuales de desarrollo de la entidad y el presupuesto prospectivo, de acuerdo con la Ley Orgánica de Presupuesto y las normas reglamentarias".

**Decreto 1011 de 2006.** "Por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública y se dictan otras disposiciones".

**Decreto 3518 de 2006** "Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud".

**Decreto 3039 de 2007.** "Mediante el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010".

**Decreto 1020 de 2007.** "Por el cual se reglamenta la ejecución y giro de unos recursos del régimen subsidiado y aspectos de la prestación de servicios de salud a la población cubierta con subsidio a la demanda".

**Decreto 4747 de 2007.** "Por el cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo".

**Decreto 357 de 2008.** "Por medio del cual se reglamenta la evaluación y reelección de gerentes o directores de las Empresas Sociales del Estado del Orden Municipal".

**Decreto 780 de 2016:** Por medio del cual se expide el Decreto Único reglamentario del sector salud.

**Decreto 500 de 2020.** "Por el cual se adoptan medidas de orden laboral, relativas a la destinación de los recursos de las cotizaciones a las Administradoras de Riesgos Laborales de carácter público, en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica".

**Decreto 520 de 2020.** "Por el cual se modifican y adicionan artículos de la Sección 2 del Capítulo 13 Título 1 Parte 6 Libro 1 del Decreto 1625 de 2016, Único Reglamentario en Materia Tributaria".

**Resolución 1446 de 2006** "Por la cual se adopta el sistema de información y los indicadores de monitoria del sistema obligatorio de garantía de la calidad de la atención de salud".

**Resolución 2181 de 2008.** "Por la cual se expide la guía aplicativa del sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud para las instituciones prestadoras de servicios de salud de carácter público".

**Resolución 710 de 2012.** "Por medio de la cual se adoptan las condiciones y metodología para la elaboración y presentación del plan de gestión por parte de los gerentes o directores de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial, su evaluación por parte de la Junta Directiva y se dictan otras disposiciones".

**Resolución 123 de 2012.** Adopta los manuales que contienen los estándares de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario. Deroga el artículo 2 de la Resolución 1445 de 2006.

**Resolución 743 de 2013.** "Por la cual se modifica la Resolución 710 de 2012 y se dictan otras disposiciones".

**Resolución 2082 de 2014.** "Por el cual se dictan disposiciones para la operatividad del Sistema único de acreditación".

**Resolución 256 de 2016** "Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud".

**Resolución 408 de 2018** "Por la cual se modifica la Resolución 710 de 2012, modificada por la Resolución 743 de 2013 y se dictan otras disposiciones".

**Resolución 2063 de 2017.** "Por la cual se adopta la Política de Participación Social en Salud - PPSS".

**Resolución 1097 de 2018.** "Por medio de la cual se corrige la Resolución número 408 de 2018".

**Resolución 3280 de 2018.** "Por la cual se adoptan el "Manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario de Colombia versión 3.1".

**Resolución 5095 de 2018.** "Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación".

**Resolución 2626 de 2019.** "Por la cual se modifica la política de atención integral en salud- PAIS y se adopta el modelo de acción integral territorial-MAITE".

**Resolución 3100 de 2019.** "Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud".

**Resolución 1035 de 2022.** "Por el cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 con sus capítulos diferenciales: indígena para los pueblos y comunidades indígenas de Colombia, población víctima de conflicto armado, el Pueblo Rrom y la población negra, afrocolombiana, raizal y palenquera".

**Resolución 100 de 2024.** "Disposiciones procesos de planeación integral en Salud. Deroga la Resolución 1536 de 2015".

**Resolución 2367 de 2023.** "Por la cual se modifican los artículos 1, 2 y 3 de la Resolución 1035 de 2022 y los capítulos 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10 y 11 del anexo técnico "Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031".

**Circular 009 de 2015.** Se requiere la presentación de información periódica a las empresas sociales del estado que detalle las gestiones adelantadas en las áreas asistencial, administrativa y financiera. Para gerentes que no se encuentren en propiedad o vigencias que no sean objeto de evaluación por Junta Directiva.

**Circular 0012 de 2016.** Se imparten instrucciones en lo relacionado con el programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud -PAMEC- y el sistema de información para la calidad.

# RESEÑA HISTÓRICA

ESE Hospital Marco Fidel Suárez
Compromiso de Vida

GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

## 3. RESEÑA HISTÓRICA

La ESE Hospital Marco Fidel Suárez obtuvo su personería jurídica por medio de la Resolución N.º 055 del 21 de julio de 1961 emanada de la Gobernación de Antioquia, bajo el nombre de HOSPITAL MUNICIPAL PIO XII, institución sin ánimo de lucro dedicada a prestar servicios de salud a la comunidad con origen público.

Por resolución N.º 063 del 28 de junio de 1985 se cambió por el nombre DAVID VELÁSQUEZ TORO, en ese entonces se consideraba como entidad de primer nivel de atención y según Resolución N.º 088 del 29 de agosto de 1986 se modificó el artículo 3º de la Resolución 063 quedando como HOSPITAL MARCO FIDEL SUÁREZ. Luego, la ordenanza No. 44 del 16 de noviembre de 1994 (art.5) transformó el hospital en una Empresa Social del Estado del orden departamental, de segundo nivel de atención.

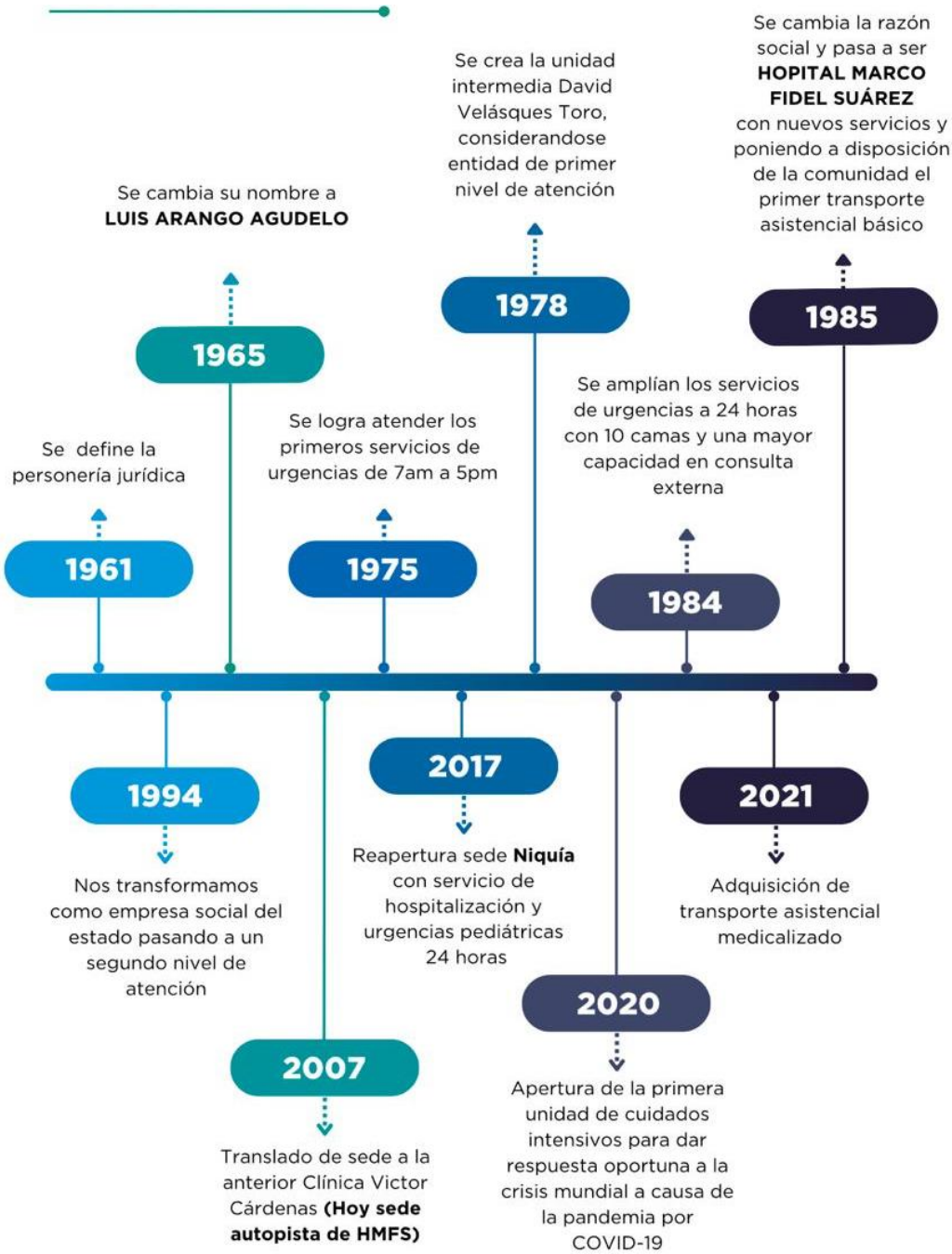
Desde entonces se rige por lo normado en la Ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios; su dirección está en manos de la Junta Directiva y del gerente elegido por el señor gobernador para cada cuatrienio.

A comienzos de febrero de 2007, un hecho trascendental parte en dos su historia: el traslado a la sede donde funcionaba la Clínica Víctor Cárdenas del Seguro Social, lo que le permite duplicar su capacidad de atención y ampliar su portafolio de servicios; este crecimiento consolida su autonomía administrativa, económica y financiera.

El 7 de octubre de 2010, se hace la inauguración y la reapertura de la Sede Niquía con los servicios de hospitalización y urgencias pediátricas 24 horas con el objetivo de fortalecer la red pública de atención en salud.

Es así como la ESE HOSPITAL MARCO FIDEL SUÁREZ cuenta actualmente con dos sedes, una ubicada en la Autopista prestando servicios de salud de mediana y algunos de alta complejidad, y la otra ubicada en el sector de Niquía con servicios, principalmente, de Pediatría; comprometido siempre con el bienestar de todos los antioqueños.

## LÍNEA DE TIEMPO



# SERVICIOS HABILITADOS Y CAPACIDAD INSTALADA

ESE Hospital Marco Fidel Suárez
Compromiso de Vida

GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

# 4. SERVICIOS HABILITADOS Y CAPACIDAD INSTALADA

## 4.1. Servicios habilitados

| NOMBRE DE LA SEDE | NOMBRE DEL SERVICIO | DISTINTIVO |
|---|---|---|
| EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MARCO FIDEL SUÁREZ | 107 CUIDADO INTERMEDIO ADULTOS | DHSS0594846 |
| EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MARCO FIDEL SUÁREZ | 110 CUIDADO INTENSIVO ADULTOS | DHSS0594847 |
| EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MARCO FIDEL SUÁREZ | 129 HOSPITALIZACIÓN ADULTOS | DHSS0253855 |
| EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MARCO FIDEL SUÁREZ | 203 CIRUGÍA GENERAL | DHSS0253857 |
| EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MARCO FIDEL SUÁREZ | 204 CIRUGÍA GINECOLÓGICA | DHSS0253858 |
| EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MARCO FIDEL SUÁREZ | 304 CIRUGÍA GENERAL | DHSS0253860 |
| EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MARCO FIDEL SUÁREZ | 316 GASTROENTEROLOGÍA | DHSS0253861 |
| EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MARCO FIDEL SUÁREZ | 320 GINECOBSTETRICIA | DHSS0253862 |
| EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MARCO FIDEL SUÁREZ | 344 PSICOLOGÍA | DHSS0253865 |
| EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MARCO FIDEL SUÁREZ | 420 VACUNACIÓN | DHSS0253868 |
| EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MARCO FIDEL SUÁREZ | 706 LABORATORIO CLÍNICO | DHSS0253869 |
| EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MARCO FIDEL SUÁREZ | 714 SERVICIO FARMACÉUTICO | DHSS0253871 |
| EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MARCO FIDEL SUÁREZ | 739 FISIOTERAPIA | DHSS0253872 |
| EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MARCO FIDEL SUÁREZ | 744 IMÁGENES DIAGNOSTICAS - IONIZANTES | DHSS0253873 |
| EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MARCO FIDEL SUÁREZ | 745 IMÁGENES DIAGNOSTICAS - NO IONIZANTES | DHSS0253874 |
| EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MARCO FIDEL SUÁREZ | 746 GESTION PRE-TRANSFUSIONAL | DHSS0253875 |
| EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MARCO FIDEL SUÁREZ | 1101 ATENCIÓN DEL PARTO | DHSS0625255 |
| EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MARCO FIDEL SUÁREZ | 1102 URGENCIAS | DHSS0253876 |
| EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MARCO FIDEL SUÁREZ | 1103 TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO | DHSS0253877 |
| EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MARCO FIDEL SUÁREZ | 1104 TRANSPORTE ASISTENCIAL MEDICALIZADO | DHSS0594848 |
| ESE Hospital Marco Fidel Suárez Sede 02 Niquía | 129 HOSPITALIZACIÓN ADULTOS | DHSS0253881 |
| ESE Hospital Marco Fidel Suárez Sede 02 Niquía | 130 HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA | DHSS0253882 |
| ESE Hospital Marco Fidel Suárez Sede 02 Niquía | 342 PEDIATRÍA | DHSS0482558 |
| ESE Hospital Marco Fidel Suárez Sede 02 Niquía | 344 PSICOLOGÍA | DHSS0253886 |
| ESE Hospital Marco Fidel Suárez Sede 02 Niquía | 714 SERVICIO FARMACÉUTICO | DHSS0253887 |
| ESE Hospital Marco Fidel Suárez Sede 02 Niquía | 739 FISIOTERAPIA | DHSS0253888 |
| ESE Hospital Marco Fidel Suárez Sede 02 Niquía | 744 IMÁGENES DIAGNOSTICAS - IONIZANTES | DHSS0253889 |
| ESE Hospital Marco Fidel Suárez Sede 02 Niquía | 745 IMÁGENES DIAGNOSTICAS - NO IONIZANTES | DHSS0253890 |
| ESE Hospital Marco Fidel Suárez Sede 02 Niquía | 1102 URGENCIAS | DHSS0253891 |

**Fuente**: REPS - Consulta: octubre de 2024

## 4.2. Capacidad instalada

La ESE Hospital Marco Fidel Suárez es una entidad del orden Departamental, que presta servicios de segundo nivel de complejidad de acuerdo con la Ordenanza 44 del 16 de noviembre de 1994.

### 4.2.1. Capacidad instalada a la fecha en sede Autopista

| GRUPO | CONCEPTO | CANTIDAD |
|---|---|---|
| AMBULANCIAS | Básica | 1 |
| AMBULANCIAS | Medicalizada | 1 |
| CAMAS | Adultos | 170 |
| CAMAS | Intermedia Adultos | 6 |
| CAMAS | Intensiva Adultos | 12 |
| CAMILLAS | Observación Adultos Hombres | 15 |
| CAMILLAS | Observación Adultos Mujeres | 20 |
| CONSULTORIOS | Urgencias | 4 |
| CONSULTORIOS | Consulta Externa | 4 |
| SALAS | Partos | 2 |
| SALAS | Procedimientos | 1 |
| SALAS | Sala de Cirugía | 4 |
| SILLAS | Ambiente de transición urgencias | 24 |

**Fuente**: REPS - Consulta: octubre de 2024

### 4.2.2. Capacidad instalada a la fecha sede Niquía

| GRUPO | CONCEPTO | CANTIDAD |
|---|---|---|
| CAMAS | Pediátrica | 49 |
| CAMAS | Adultos | 55 |
| CAMILLAS | Observación Pediátrica | 46 |
| CONSULTORIOS | Urgencias | 3 |
| CONSULTORIOS | Consulta Externa | 1 |
| SALAS | Procedimientos | 1 |

**Fuente**: REPS - Consulta: octubre de 2024

Cada año, entre los meses de diciembre y enero del año siguiente, se ha realizado la autoevaluación de habilitación y su respectivo registro en el REPS, donde se ha certificado que se cumple con los estándares de habilitación de los servicios que se prestan.

Para el año 2024 se realizó la autoevaluación oficial en abril 16, teniendo en cuenta lo definido en la resolución 3100 de 2019, la cual define los nuevos procesos y estándares de habilitación.

# CONTEXTOS

ESE Hospital Marco Fidel Suárez
Compromiso de Vida

GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

# 5. CONTEXTOS

## 5.1. Contexto internacional

### Informe de la Organización Mundial de la Salud

El informe sobre los resultados de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 2023, el más completo hasta la fecha, muestra el logro de hitos clave en materia de salud pública, a pesar incluso del incremento general de las necesidades humanitarias de salud mundial como consecuencia de conflictos, el cambio climático y brotes epidémicos.

El presupuesto por programas revisado para 2022-2023 fue de USD 6726,1 millones y para su elaboración se tuvieron en cuenta las enseñanzas extraídas de la respuesta a la pandemia y las nuevas prioridades en materia de salud.

A partir de los 174 informes nacionales sobre los logros que presentaron el 96% de las oficinas de la OMS en los países, en el documento se muestran algunos avances hacia la consecución de 46 metas y se subrayan algunas dificultades.

### Metas de los tres mil millones

«El mundo no está bien encaminado para alcanzar la mayoría de las metas de los tres mil millones y los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud,» dijo el Dr. Tedros Adamo Ghebreyesus, director general de la OMS. «Ahora bien, si actuásemos de forma clara y concertada para acelerar los avances, aún podríamos lograr una parte importante. Nuestro objetivo es invertir aún más recursos donde más se necesitan, a nivel nacional, al tiempo que garantizamos una financiación sostenible y flexible para respaldar nuestra misión.»

El informe muestra avances en varias esferas clave, incluidas poblaciones más sanas, cobertura sanitaria universal (CSU) y protección frente a emergencias sanitarias.

En relación con la prioridad de lograr unas poblaciones más sanas, la trayectoria actual indica que la meta de 1000 millones más de personas que disfruten de una mejor salud y bienestar probablemente se alcance para 2025, como

consecuencia, principalmente, de las mejoras en la calidad del aire y en el acceso a agua, saneamiento y medidas de higiene.

En cuanto a la CSU, un 30% de los países están avanzando en la cobertura de servicios de salud esenciales y en la protección financiera. Esto se debe en gran medida al aumento de la cobertura de los servicios relacionados con el VIH.

En cuanto a la protección frente a emergencias, aunque la cobertura de vacunación contra patógenos de alta prioridad muestra una mejora en relación con las disrupciones causadas por la pandemia de COVID-19 en 2020-2021, aún no muestra niveles prepandémicos.

Los primeros desembolsos del Fondo contra Pandemias ascendieron a USD 338 millones en 2023, lo que ayudó a 37 países a financiar el fortalecimiento de las capacidades de prevención, preparación y respuesta. * La OMS sigue colaborando con los países y los asociados para mejorar las capacidades de secuenciación genómica y fortalecer los sistemas de vigilancia y laboratorio en todo el mundo: entre febrero de 2021 y diciembre de 2023 se incrementó un 62% la capacidad en relación con el SARS-CoV-2.

**Puntos destacados**

Durante el bienio se administró la primera vacuna antipalúdica del mundo, RTS,S/AS01, a más de dos millones de niños que cumplían las condiciones para ello en Ghana, Kenya y Malawi, lo que redujo su mortalidad un 13%. Se espera que la precalificación de la OMS de una segunda vacuna, R21/Matrix-M, impulse aún más los esfuerzos de lucha contra el paludismo.

En otros lugares, 14 países eliminaron al menos una enfermedad tropical desatendida durante 2022-2023. Bangladesh eliminó dos.

En 2022 se pusieron a disposición los primeros esquemas terapéuticos totalmente orales para la tuberculosis multirresistente, lo que permitió ofrecer tratamiento al mayor número de personas con tuberculosis desde que comenzasen las actividades de seguimiento hace casi 30 años.

Gracias a la iniciativa REPLACE de la OMS, cuyo objetivo es eliminar los ácidos grasos trans de producción industrial de la oferta de alimentos, otros 13 países comenzaron a aplicar políticas de prácticas óptimas, lo que incrementó el número total de países hasta 53.

Más del 75% de las personas que viven con el VIH reciben tratamiento antirretrovírico y logran, en su mayoría, la supresión vírica, lo que significa que no pueden infectar a otras personas. La orientación y el apoyo de la OMS han ayudado a países como Botswana a lograr avances significativos en el control de la transmisión del VIH.

El consumo de tabaco está disminuyendo en 150 países, 56 de los cuales están en vías de alcanzar la meta mundial relativa a la reducción de su consumo para 2025.

Otros 29 países elaboraron planes de acción nacionales sobre la resistencia a los antimicrobianos durante el bienio 2022-2023, con lo que el total de países ascendió a 178.

Tras el llamamiento del director general para eliminar el cáncer cervicouterino, otros 25 países han introducido la vacuna contra los virus de los papilomas humanos, con lo que el total de esos países asciende a 58 desde que la OMS pusiera en marcha la iniciativa en 2020.

## Vías de avance

En el informe se reconocen disparidades significativas en los resultados de salud, interrupciones causadas por la pandemia de COVID-19 y una escasez persistente de personal de salud que requiere inversiones en educación y empleo.

De cara al futuro, el presupuesto por programas de la OMS para 2024-2025 tiene por objeto equilibrar la inversión en las funciones normativas de la Organización con la necesidad de fortalecer las oficinas en los países. Su objetivo es financiar el 80% del presupuesto previsto de partidas de alta prioridad para acelerar así el progreso hacia el cumplimiento de las metas de los tres mil millones del 13.º PGT (estrategia actual de la OMS para el período 2019-2023).

## Compromiso con la salud mundial

Gracias a la puesta en marcha del Centro Mundial de Datos de Salud, se simplificó el acceso de los Estados Miembros a los datos en materia de salud y las aprobaciones de las estimaciones nacionales.

Los Estados Miembros han demostrado su compromiso con una financiación sostenible de la OMS, adoptando una vía para aumentar un 50% las

contribuciones señaladas al presupuesto básico del presupuesto por programas, aprobado originalmente para 2022-2023, para el bienio 2030-2031. Otro elemento de la financiación sostenible es la ronda de inversiones, que la OMS pondrá en marcha en la 77.ª Asamblea Mundial de la Salud, con el fin de obtener recursos para la labor básica de la Organización durante los próximos cuatro años (2025-2028).

La OMS trabajará con los donantes actuales y otros futuros, así como con otros asociados, a través de un proceso de participación inclusivo que culminará en un evento de financiación de alto nivel en el cuarto trimestre de 2024.

## Objetivos de Desarrollo Sostenible

1. Poner fin a la pobreza en todas sus formas en todo el mundo.
2. Poner fin al hambre, lograr la seguridad alimentaria y la mejora de la nutrición y promover la agricultura sostenible.
3. Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades.
4. Garantizar una educación inclusiva, equitativa y de calidad y promover oportunidades de aprendizaje durante toda la vida para todos.
5. Lograr la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de todas las mujeres y niñas.
6. Garantizar la disponibilidad de agua y su ordenación sostenible y el saneamiento para todos.
7. Garantizar el acceso a una energía asequible, segura, sostenible y moderna para todos.

8. Promover el crecimiento económico sostenido, inclusivo y sostenible, el empleo pleno y productivo y el trabajo decente para todos.
9. Construir infraestructura resiliente, promover la industrialización inclusiva y sostenible y fomentar la innovación.
10. Reducir la desigualdad en y entre los países.
11. Lograr que las ciudades y los asentamientos humanos sean inclusivos, seguros, resilientes y sostenibles.
12. Garantizar modalidades de consumo y producción sostenibles.
13. Adoptar medidas urgentes para combatir el cambio climático y sus efectos (tomando nota de los acuerdos celebrados en el foro de la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático).
14. Conservar y utilizar en forma sostenible los océanos, los mares y los recursos marinos para el desarrollo sostenible.
15. Proteger, restablecer y promover el uso sostenible de los ecosistemas terrestres, efectuar una ordenación sostenible de los bosques, luchar contra la desertificación, detener y revertir la degradación de las tierras y poner freno a la pérdida de la diversidad biológica.
16. Promover sociedades pacíficas e inclusivas para el desarrollo sostenible, facilitar el acceso a la justicia para todos y crear instituciones eficaces, responsables e inclusivas a todos los niveles.
17. Fortalecer los medios de ejecución y revitalizar la alianza mundial para el desarrollo sostenible.

## 5.2. Contexto nacional

El Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026 **"Colombia potencia mundial de la vida"**. Es la hoja de ruta de este gobierno del cambio que busca sentar las bases para que el país se convierta en un líder de la lucha mundial por la vida, la humanidad y la naturaleza y su propósito, es sentar las bases para que el país se convierta en un líder de la protección de la vida, a partir de la construcción de un nuevo contrato social que propicie la superación de injusticias y exclusiones históricas, la no repetición del conflicto, el cambio de nuestra forma de relacionarnos con el ambiente, y una transformación productiva sustentada en el conocimiento y en armonía con la naturaleza.

El programa de Gobierno propone que las transformaciones se realicen teniendo como punto de partida el territorio. Ello significa que su ordenamiento alrededor del agua tiene que crear las condiciones propicias para que la economía sea descarbonizada, con base en la biodiversidad e incluyente. Así que los elementos constitutivos de este plan son tres:

- Ordenamiento del Territorio Alrededor del Agua.
- La transformación de las estructuras productivas, de tal manera que las economías limpias y biodiversas reemplacen la producción intensiva en el uso del carbono.
- La sostenibilidad tiene que estar acompañada de la equidad y la inclusión.

Está compuesto por cinco ejes de transformación:

- Derecho Humano a la Alimentación.
- Ordenamiento del territorio alrededor del agua.
- Seguridad Humana y justicia social.
- Economía productiva para la vida y lucha contra el cambio climático.
- Convergencia regional.

**Derecho Humano a la Alimentación acto por la legalidad:** Para que Colombia sea una verdadera Potencia Mundial de la Vida, es necesario que se garantice el derecho humano a la alimentación a toda su población. Por eso se creó un capítulo en el cual este asunto se aborda desde diferentes puntos clave, como las mejoras en el acceso físico a los alimentos, la producción local e incluso el uso de nuevas tecnologías para propender por un país sin hambre.

**Ordenamiento del territorio alrededor del agua:** Si no se ordena el territorio alrededor del agua, la actividad humana no será sostenible. El respeto por el

agua, sus ciclos y los ecosistemas es el primer paso hacia la consolidación de un modelo económico y de producción ambientalmente sostenible y que no esté basado en el petróleo ni el carbón.

**Seguridad Humana y justicia social:** Este objetivo implica la protección integral de la población, la provisión de servicios sociales sin dejar a nadie atrás, y el acceso a la justicia centrado en las personas, comunidades y territorios. La seguridad humana y la justicia social garantizarán la dignidad humana, el ejercicio de las libertades y el desarrollo de las capacidades necesarias para que las personas y los hogares puedan llevar a cabo el plan de vida que consideran valioso. Por tanto, esta visión supera el enfoque tradicional basado en la seguridad física y la defensa a uno más integral que considera la seguridad económica y social.

**Economía productiva para la vida y lucha contra el cambio climático:** La reindustrialización del país a través del desarrollo de la ciencia, la tecnología y el conocimiento, para dejar de ser un país dependiente de los hidrocarburos y utilizar los recursos que generan para hacer una transición energética segura. Además, se buscará ser el líder regional en el cuidado de la Amazonía y de la transición hacia energías limpias, que cuiden el medio ambiente, a la vez que se avanza en procesos de reforestación.

**Convergencia regional:** El Plan Nacional de Desarrollo, en la trasformación de Convergencia Regional, de manera enfática que no es posible que territorios tan ricos tengan poblaciones tan pobres. Lo que se busca es reducir las brechas sociales y económicas entre hogares y regiones con un acceso adecuado a oportunidades, bienes y servicios.

De los 5 ejes de transformación "Seguridad Humana y justicia social" es el el que recoge lo más importante para el Plan de Desarrollo de la ESE Hospital Marco Fidel Suárez.

# SEGURIDAD HUMANA Y *Justicia Social*

Que haiga (sic) un gobierno justo, un gobierno que trabaje verdaderamente por los derechos humanos y por las personas necesitadas como los discapacitados, las mujeres que están en violencia y la niñez, sobre todo un derecho a vivir una vida tranquila y en paz, y que acabe tanta maldad de tanta violencia tanto abuso y tanta corrupción.

*Ciudadano • Área Metropolitana Atlántico DRV, 2022*

## Ideas clave

**1.** Vivimos en un país con baja movilidad social, en donde los niveles de pobreza se asemejan a los de hace una década, y la mayor parte de la población está en pobreza o en alto riesgo de caer en ella. El país requiere de un rediseño de su Sistema de Protección Social, que asegure la oferta necesaria, pertinente y de calidad, y de una reforma a la seguridad social, que garantice una protección universal frente a los riesgos en salud, desempleo y vejez. El cuidado por primera vez hará parte de este sistema.

**2.** La estructura productiva e institucional no brinda suficientes oportunidades de trabajo e ingresos, y la mayoría de ocupados tiene empleos de baja calidad, generando amplias desigualdades sociales. Se requiere de una reconversión laboral y transformación productiva. El país debe responder a la transformación de la economía productiva en términos de capital humano, y acceder a oportunidades de generación de ingresos.

**3.** Aún se tiene una deuda histórica en la garantía plena de los derechos a educación, salud y agua, fundamentales para garantizar el desarrollo, bienestar y calidad de vida del ser humano. Se requiere que la educación, incluso la superior, sea un derecho y que nos lleve a una sociedad en paz y a una economía basada en el conocimiento. También se debe avanzar como país en la garantía del goce efectivo del derecho fundamental de la salud, de forma integral y universal, basado en un modelo de salud predictivo y preventivo, que no permita que en el país se presenten muertes prevenibles. Se requiere la garantía de un mínimo vital de agua en el acceso al agua.

**4.** No se puede hablar de una sociedad del conocimiento y de garantía de derechos fundamentales, si no se logran superar las barreras de conectividad y movilidad. Se requiere la democratización en acceso, uso y apropiación de las TIC para desarrollar una sociedad del conocimiento y la tecnología, consolidar la red de infraestructura regional y social, y sistemas de transporte público urbanos y regionales.

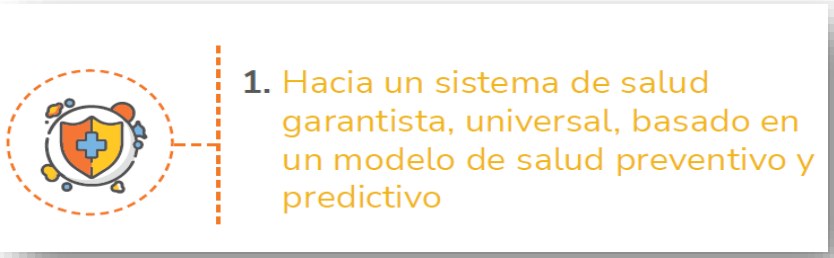
**5.** La proliferación de las economías ilícitas y las organizaciones multicrimen continúan afectando las libertades de las personas. Persisten condiciones de bajo acceso a la justicia, impunidad y congestión judicial que impactan el bienestar y la construcción de una sociedad en paz. La protección integral de la vida y la justicia para el cambio social como garantías de la dignidad humana, las libertades y la reconciliación social, serán los motores principales para una Colombia, Potencia Mundial de la Vida.

**Catalizadores**

A. Habilitadores que potencian la seguridad humana y las oportunidades de bienestar.
B. Superación de privaciones como fundamento de la dignidad humana y condiciones básicas para el bienestar.
C. Expansión de capacidades: más y mejores oportunidades de la población para lograr sus proyectos de vida.

## B. Superación de privaciones como fundamento de la dignidad humana y condiciones básicas para el bienestar

El desarrollo humano y bienestar de la población requiere garantizar unas condiciones o capacidades mínimas para superar la situación de vulnerabilidad, emprender su desarrollo personal y ejercer plenamente su libertad. Entre otros factores, el acceso a los servicios básicos como la salud, educación, saneamiento básico y conectividad digital son condiciones fundamentales para la dignidad humana.




### a. Colombia como territorio saludable con APS a partir de un modelo preventivo y predictivo

Se buscará hacer efectiva la APS a través de la reorientación de los servicios de salud y el cumplimiento efectivo de las competencias de los integrantes del Sistema de Salud, para lo cual se propone: (i) Desarrollar equipos interdisciplinarios territorializados permanentes y sistemáticos, para garantizar la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, a través de la coordinación de acciones sectoriales e intersectoriales; (ii) conformar redes integrales e integradas territoriales de salud, en las que participan prestadores públicos, privados y mixtos que garantizan servicios con calidad, oportunidad y pertinencia, cerca de donde viven las poblaciones; (iii) se recuperará, fortalecerá y modernizará la red pública hospitalaria, en

particular en las zonas con baja oferta de servicios, apoyado en la ejecución de un plan maestro de inversiones en infraestructura y dotación; (iv) se formulará e implementará una nueva política de talento humano en salud, con enfoque de género, mejoramiento de la pertinencia, la cobertura y distribución del talento humano en el territorio nacional; y (v) se fortalecerá el aseguramiento en salud para el cuidado integral de toda la población, bajo el control y regulación del Estado.

**b. Determinantes sociales en el marco del modelo preventivo y predictivo**

Para promover la intervención de determinantes sociales se requiere poner en marcha políticas intersectoriales que incluyen: (i) Actualización de la política de derechos sexuales y reproductivos que promuevan relaciones sanas basadas en el respeto y que garantice el acceso universal a la consulta preconcepcional y de la gestante, así como la educación para la sexualidad, la prevención de situaciones de violencias, matrimonios y uniones tempranas y del embarazo adolescente, la gestión menstrual y acceso a métodos anticonceptivos, así como la interrupción voluntaria del embarazo; (ii) promoción de hábitos saludables con enfoque diferencial y de curso de vida a través de la implementación de un plan estratégico intersectorial para promover hábitos alimentarios saludables, actividad física, y prevenir el consumo de sustancias psicoactivas.

> « Para lograr una mayor gobernanza del sistema de salud se propone un esquema multi-nivel de participa-ción nacional y territorial, a través de consejos de salud. »

Este plan incluirá la creación e implementación de un programa de juego activo y actividad física con enfoque diferencial, basado en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad; y (iii) acciones de interés en salud pública según necesidades demográficas y el perfil epidemiológico, considerando mecanismos para reducir enfermedades crónicas no transmisibles, enfermedades tropicales desatendidas, emergentes y reemergentes.

Para el caso de cáncer se fortalecerá la detección temprana, la prevención, el acceso oportuno y el control, incluyendo el enfoque intercultural liderado por el Instituto Nacional de Cancerología, en conjunto con los territorios y en el marco de Atención Primaria en Salud. Adicionalmente, se revisará y actualizará el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) y se fortalecerá la capacidad de resiliencia del sistema de salud ampliando el alcance de la Ley 2064 de 2020.

**c. Más gobernanza y gobernabilidad, mejores sistemas de información en salud**

Para lograr una mayor gobernanza del sistema de salud se propone un esquema multinivel de participación nacional y territorial, a través de consejos de salud, fortaleciendo la rectoría mediante: (i) La desconcentración del sistema de inspección, vigilancia y control (IVC) liderado desde la Superintendencia Nacional de Salud (SNS) al tiempo que para lograr una mayor gobernanza del sistema de salud se propone un esquema multinivel de participación nacional y territorial, a través de consejos de salud. Seguridad Humana y Justicia Social Colombia, Potencia Mundial de la Vida el fortalecimiento de la transparencia de sus procesos liquidatarios; (ii) el mejoramiento del sistema de vigilancia en salud pública y sanitario; (iii) la modernización institucional con el fortalecimiento de la rectoría del MSPS, la capacidad de ADRES, el INVIMA, el INS, y el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS), garantizando su independencia, así como la creación de un Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos (INDOT); y (iv) la promoción desde la academia de observatorios de equidad y bienestar poblacional, para el análisis, monitoreo y seguimiento nacional y subnacional, de los factores y condiciones intersectoriales que inciden en los resultados en salud pública.

En materia de herramientas digitales para mejorar la gestión se realizará: (i) El desarrollo de un sistema de información único e interoperable que permita la articulación de todos los actores del SGSS; y (ii) la ampliación en la salud

digital a través de la apropiación de tecnologías de información en el ecosistema sanitario, desde aplicaciones y servicios digitales, desarrollo y adopción de sistemas y componentes de TIC, con interoperabilidad, estándares de salud y ciberseguridad.

**d. Sostenibilidad de los recursos en salud**

A partir de las capacidades adquiridas en la gestión del riesgo en salud y gestión financiera, se contará con instrumentos que faciliten la convergencia de incentivos dentro de los diferentes integrantes del sistema basados en el mejoramiento de la prevención y los resultados y cumplimiento de las obligaciones legales en salud mediante: (i) La revisión del gasto en salud, promoviendo una asignación de recursos más eficiente acorde con los riesgos en salud de la población, y en función de resultados medidos como mínimo, en términos de mortalidad y morbilidad prematura potencialmente evitable; (ii) el fortalecimiento del sistema de pago, la restitución de recursos, la auditoría y la rendición de cuentas de los recursos de salud, con transparencia e integridad, garantizando el seguimiento en tiempo real, la continuidad y ampliación de la capacidad de giro directo de los recursos a los prestadores de servicios de salud, así como el fortalecimiento de los sistemas de administración y seguimiento de los recursos por parte de la ADRES; (iii) promover la sostenibilidad del sistema de salud especial propio de las universidades estatales u oficiales, mediante la apropiación de las cotizaciones por ingresos adicionales de sus afiliados con su núcleo familiar; (iv) el mejoramiento de la capacidad de movilización de recursos internos, como los impuestos saludables en alcohol, tabaco, alimentos y bebidas ultra procesadas y azucaradas, así como los recursos provenientes de los juegos de suerte y azar, loterías y apuestas permanentes o chance articulado con el plan estratégico intersectorial para promover hábitos saludables; (v) disposición de recursos de cofinanciación por parte de las entidades territoriales para atender la población migrante y redireccionamiento de excedentes de aportes patronales para ese fin; (vi) el saneamiento definitivo de pasivos de la nación con el sector salud por tecnologías no cubiertas financiadas por la UPC, deudas derivadas de la emergencia sanitaria por COVID-19 y presupuestos máximos; y finalmente (vii) la alineación de necesidades de financiamiento, acorde con el ciclo presupuestal, con la planeación y la estimación de las necesidades en salud, en todos los ámbitos del Sistema.

**e. Acceso equitativo a medicamentos dispositivos médicos y otras tecnologías**

Se implementarán políticas para asegurar la disponibilidad, acceso, continuidad, calidad, y uso seguro y adecuado de tecnologías en salud a través de las siguientes estrategias: (i) Implementar estrategias para el abastecimiento, acceso y disponibilidad de las tecnologías en salud para lo cual se formulará entre otras una nueva política farmacéutica; (ii) formular una política pública para el fortalecimiento de la investigación, producción local y comercialización de medicamentos y otras tecnologías en salud, la cual se articulará con la política farmacéutica nacional; (iii) generar iniciativas de producción de tecnologías estratégicas de carácter público o mixto; promoviendo el trabajo articulado con el sector privado que fortalezca la cadena de suministro; (iv) promover el uso de medicamentos genéricos, y del uso del estándar semántico en el caso de dispositivos médicos; (v) generar estrategias de compras públicas centralizadas con mecanismos eficientes; (vi) fortalecimiento para agilizar las autorizaciones de los procesos de fabricación, venta e importación de tecnologías en salud, a través de medidas como el incremento de las capacidades del INVIMA, entre otros; (vii) uso de plataformas digitales reguladas para compra de tecnologías de salud; (viii) implementar mecanismos de regulación de precios, incluyendo la evaluación por valor terapéutico; (ix) formular mecanismos de articulación de las medicinas y terapias alternativas y complementarias (MTAC) con el Sistema de Salud; (x) fortalecer los procesos de cualificación y gestión del talento humano requerido para la atención en los servicios farmacéuticos; (xi) revisar la normatividad existente sobre flexibilidades en materia de patentes y su proceso de implementación; y (xii) implementar un sistema de información de consulta pública que le permita conocer la disponibilidad a corto y mediano plazo de la oferta de medicamentos e insumos.

### f. Fortalecimiento de la Política de Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud

Para incentivar el desarrollo tecnológico e investigación en salud se requiere: (i) implementar la misión de investigación e innovación para la transferencia y apropiación de conocimiento, que junto con el fortalecimiento de la Comisión Intersectorial Seguridad Humana y Justicia Social Colombia, Potencia Mundial de la Vida para el Desarrollo y Producción de Tecnologías Estratégicas en Salud (CIDTPES), fomentará la garantía de la disponibilidad de tecnologías y servicios innovadores para la "autonomía sanitaria y el bienestar social", (ii) desarrollo de acuerdos de transferencia de tecnología, entre otros, y (iii) potenciar centros de investigación en salud como el Hospital San Juan de Dios y el Instituto Materno Infantil a través de su recuperación.

## 5.3. Contexto departamental

El Plan de Desarrollo departamental **Por Antioquia firme** está compuesto de cinco (5) líneas estratégicas, con sus respectivos componentes, programas e indicadores. Además de esto, La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, aprobada por los Estados miembros de la Asamblea General de las Naciones Unidas en septiembre de 2015, estableció 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y 169 metas a ser alcanzadas para el año 2030. A partir ello, se busca desencadenar cambios sistemáticos para un futuro sostenible, compromiso del cual el departamento de Antioquia hace parte.

### Líneas estratégicas

**Fuente**: Plan de desarrollo por Antioquia Firme 2024 - 2027

La línea 2 **Cohesión desde lo social** tiene tres componentes:

- 2.1. Bien-Estar: Salud integral.
- 2.2. Inclusión social: curso de vida, familia y diversidad.
- 2.3. Educación social: Curso de vida, familia y diversidad.

Si bien los aspectos relacionados con la salud son transversales a los componentes de esta línea 2, es el componente 2.1. **"Bienestar: Salud integral"** con 7 de sus 10 programas el que recoge lo más importante para el Plan de Desarrollo de la ESE Hospital Marco Fidel Suárez.

**PROGRAMAS LÍNEA 2, Componente 2.1. Bien-Estar: Salud integral**

**Programa 2.1.1. Cuidado integral: gestión de la salud pública y la protección social en el territorio Atención primaria en salud: Acercándonos a los servicios sociales de salud a la población antioqueña.**

Fortalece la salud pública territorial a través de la implementación de rutas integrales e integradas de atención en salud, de orden poblacional, colectivo e individual con articulación sectorial e inter y transectorial en el curso de vida y con enfoque diferencial para el departamento de Antioquia.

Orienta las acciones hacia el cuidado integral de la salud de las personas que residen en Antioquia, en un desarrollo progresivo de intervenciones que, desde un ejercicio de gobernanza y rectoría sanitaria, articulan esfuerzos de orden sectorial e intersectorial para promocionar y mantener la salud individual y colectiva de los territorios. Lo anterior, dentro de un marco operativo de gestión de la salud pública e intervenciones de carácter poblacional, colectivo e individual, situado en los enfoques de los entornos donde se desarrolla la vida, que pueden entenderse como escenarios de transformación social y en los momentos del curso de vida con enfoque de familia.

Se consideran las particularidades dadas para la población general, las niñas, niños y adolescentes, los grupos étnicos, las personas con discapacidad, el campesinado, las mujeres, la población LGBTIQ+, la población víctima del conflicto, la población privada de la libertad, la población migrante y la población habitante de calle. En este sentido, Antioquia hace una apuesta por un cuidado integral de la vida donde la ciudadanía pueda desarrollar capacidades para el cuidado propio, el de los otros y el del planeta.

**Programa 2.1.2.: Salud mental: ambientes saludables y protectores.**

Fortalece entornos protectores para la salud mental en la población antioqueña con el fin de generar bienestar físico mental, emocional y social de los individuos, las familias y las comunidades.

Asimismo, contribuye a mejorar las condiciones de salud mental de las personas, familias y comunidades del departamento de Antioquia con acciones sectoriales, intersectoriales y transectoriales. Lo cual debe tener en cuenta la interculturalidad, los determinantes sociales, la atención primaria en salud, el enfoque territorial, de género, diferencial, psicosocial y de acción sin daño, el mecanismo articulador para el abordaje integral de las violencias por razón de sexo y género de las mujeres, niñas, niños y adolescentes por entornos y curso

de vida, mediante la investigación, la apropiación social del conocimiento (trasferencia, gestión, participación y comunicación), la prevención de adicciones y del consumo de sustancias psicoactivas en escolares mediante estrategias como Susurraderos, Jugar para Sanar, Emociones y Habilidades para la vida.

La implementación de la Guía de intervención- mhGAP- para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias (suicidio, epilepsia, conductas adictivas, víctimas de violencias) en el nivel de atención de salud no especializada, así como la implementación de las RIAS- para la atención en salud, facilitan la intervención oportuna de los casos mediante acciones de promoción, prevención, atención, tratamiento integral, rehabilitación e inclusión social, y estrategias de rehabilitación basada en comunidad y trabajo en red mediante la prevención universal, selectiva, indicada y ambiental.

**Programa 2.1.3: Acceso con calidad a la red prestadora de servicios de salud.**

Fortalece la capacidad resolutiva de la red de prestadores de servicios de salud, con el propósito de mejorar la calidad de la atención en salud de la población Antioqueña.

Impulsa las redes integradas e integrales territoriales de servicios de salud basados en el modelo predictivo y preventivo con enfoque en atención primaria en salud- APS y en Ciudades, Entornos, Ruralidades Sostenibles (CERS) para satisfacer las necesidades de las subregiones-zonas, fortaleciendo las capacidades técnicas, administrativas y financieras de las ESE Hospitales en el nivel primario y complementario, mediante la implementación de rutas integrales e integradas de atención en salud, la formulación de proyectos de inversión en telesalud, infraestructura, dotación de equipos tecnológicos, biomédicos, ambulancias, potenciando la red de bancos de sangre, bajo el liderazgo de las juntas directivas.

Asegura el cumplimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, de los estándares del Sistema Único de Habilitación, del Sistema de Información para la Calidad y del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, con énfasis en la seguridad del paciente y la humanización de la atención en salud, centrando la atención en los usuarios, con personal competente e inscritos en el Registro de Talento Humano en Salud (RETHUS).

## Programa 2.1.4: Aseguramiento y prestación de servicios de salud.

Mejora el acceso a los servicios de salud para la población residente en el departamento de Antioquia. También, garantiza el aseguramiento al Sistema General de Seguridad Social en Salud y la cofinanciación del régimen subsidiado, así mismo orienta sus acciones a facilitar el acceso oportuno y con calidad a la prestación de servicios de salud de la población no asegurada y migrante, mediante una gestión técnica, administrativa, jurídica y financiera adecuada.

El Centro Regulador de Emergencias y Desastres (CRUE) orienta la atención de urgencias, emergencias y desastres, realiza asesoría, asistencia técnica, inspección y vigilancia a municipios e instituciones según su competencia y coordina la donación de componentes anatómicos (órganos y tejidos), contribuyendo a la descongestión de los servicios de urgencias mediante la implementación de la plataforma CONTIGO para realizar una adecuada clasificación de pacientes y la disminución de los tiempos de espera facilitando la atención integral en redes. Con el apoyo del Programa Aéreo Social se articulan de manera intersectorial las acciones que facilitan la atención a las comunidades con difícil acceso geográfico.

## Programa 2.1.5: Gobernabilidad y rectoría del sistema de salud.

Fortalece el liderazgo de la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social mediante el desarrollo de las capacidades técnico-administrativas del talento humano territorial, la gestión oportuna de los recursos financieros, la implementación de estrategias innovadoras en el desarrollo de tecnologías de información e interoperabilidad y la promoción de la participación social para la toma de decisiones en el ejercicio de la gobernanza mediante el acompañamiento de los equipos técnicos regionales.

Dirige y coordina los diferentes actores del sistema de salud mediante un adecuado ejercicio de gobernabilidad, gobernanza y rectoría, la toma de decisiones y la implementación de políticas públicas mediante la participación y el control social a la inversión pública, reconociendo a las comunidades y organizaciones como movilizadores activos para buscar soluciones que mejoren las condiciones de la calidad de vida de los antioqueños.

Garantiza el derecho a la salud mediante el acceso a servicios con calidad, eficientes y suficientes que implica el trabajo articulado, intersectorial y transectorial; requiere de una oportuna gestión y control de los recursos para permitir la inversión social, la ejecución de los planes, programas y proyectos planteados, la adopción de herramientas tecnológicas que posibiliten el intercambio, almacenamiento y captura eficiente de datos e información y su uso apropiado para mejorar los procesos de manera innovadora.

**Programa 2.1.6: Gestión y vigilancia de los riesgos sanitarios y ambientales.**

Mejora las condiciones sanitarias y ambientales que puedan incidir sobre la salud y el bienestar de la población del departamento de Antioquia, a través del fortalecimiento de la vigilancia y gestión integral de los riesgos sanitarios y ambientales.

Busca la implementación de acciones misionales en salud ambiental mediante la articulación sectorial e interinstitucional con los distintos actores públicos como privados, la implementación de la Política Integral de Salud Ambiental-PISA, el fortalecimiento de la capacidad de adaptación, preparación y la apropiación del sector salud frente a los impactos de la crisis climática y la calidad del aire, el cumplimiento de los requisitos de orden técnico y sanitario de los establecimientos que ofertan bienes y servicios, la ejecución de las acciones de inspección, vigilancia y control de los factores de riesgo del ambiente, así como de los alimentos, medicamentos, vectores, zoonosis, químicos, salud ocupacional, aguas, residuos hospitalarios y peligrosos.

Lo anterior, para generar una respuesta e impacto positivo en el desarrollo de condiciones más adecuadas de habitabilidad para mejorar la salud de los antioqueños. Es así como se fortalecerán los servicios de Telesalud, para ofrecerlos a la población antioqueña de una manera innovadora, a través de tecnologías de información y comunicación integrada a los modelos de atención para desarrollar acciones educativas, asistenciales y de gestión de la información y conocimiento, incluidas las adoptadas por el gobierno nacional para COVID-19. A fin de disminuir barreras de acceso a los servicios, y mejorar la calidad de vida.

**Programa 2.1.7: Salud para el alma, salud mental y convivencia.**

Este programa estará orientado a proteger, promover y mejorar la salud mental de la población antioqueña, será el soporte para el diseño y ejecución de planes y programas relacionados con la salud mental, con los cuales se posibilitará enfrentar de manera pertinente y coherente las problemáticas en este campo. Su alcance es el fortalecimiento de las habilidades para la vida y fomentar la resiliencia a través de la prevención de las adicciones y consumo de sustancias psicoactivas, prevención de cualquier forma de violencia y un abordaje integral e integrado a las personas con trastornos mentales y del comportamiento; que estarán articuladas con la Escuela de la Drogadicción, ESE Carisma, ESE Hospital Mental de Antioquia del departamento, cuyo fin es la generación y gestión de nuevo conocimiento, promoción, prevención, atención y rehabilitación para

apoyar procesos de formación e intervención del consumo problemático de sustancias psicoactivas.

## Diagnóstico sociodemográfico

Según el DANE (2022a), Antioquia es el sexto departamento en experimentar la menor proporción de incidencia de pobreza monetaria con un 28,8%, detrás de Valle del Cauca (28,1%), Bogotá (28,1%), Quindío (27,5%), Caldas (24,5%) y Cundinamarca (22,7%). A nivel nacional, esta cifra asciende a 36,6%. Por su parte, la incidencia de la pobreza monetaria extrema en 2022 a nivel nacional fue de 13,8% y Antioquia alcanzó un 9,8%.

El porcentaje de personas en situación de pobreza multidimensional en el 2022 fue de 12,9% en el total nacional. En las cabeceras alcanzó un 8,7% y, en los centros poblados y rural disperso fue de 27,3%. En las tasas de incidencia de pobreza Antioquia tuvo una incidencia del 10,7% (DANE, 2022b).

Caracterización Sociodemográfica por subregiones de Antioquia donde tiene influencia la ESE.

En los grupos etarios por subregión, luego del Valle de Aburrá, Urabá (63.047) tiene el mayor registro en la primera infancia (0 a 5 años). Asimismo, Oriente (124.195) reúne la segunda mayor cantidad de personas mayores (mayor de 60 años).

## Subregión Valle de Aburrá

Conformada por 10 municipios (Barbosa, Girardota, Copacabana, Bello, Medellín, Envigado, Itagüí, Sabaneta, La Estrella y Caldas) que se ubican en el centro-sur del Departamento, en medio de la cordillera Central de los Andes. De esta subregión hace parte la capital que es Medellín y que junto a los otros 9 municipios concentra el mayor número de población, beneficios del desarrollo y oportunidades.

Tiene una extensión aproximada de 1.158 km², está enmarcado por una topografía irregular y pendiente, con alturas que oscilan entre 1.300 y 2.800 msnm. Las cordilleras que lo encierran dan lugar a la formación de una avenencia urbanística muy particular en cuanto se viene extendiendo la construcción de viviendas hacia las laderas y esto conlleva al diseño de estrategias que se requieren para hacer efectivos los derechos constitucionales en cuanto a servicios públicos domiciliarios, defensa del espacio público y protección del medio ambiente, entre otros.

De acuerdo con el DANE (proyección a 2024 con base en el censo de 2018 ajustes postCovid), esta subregión cuenta con 4.179.996 habitantes (60.5% de la población total de Antioquia), de los cuales 1.977.113 (47,3 %) fueron hombres y 2.202.883 (52,7 %) mujeres. Además, es la subregión de Antioquia donde habita la mayor cantidad de población en la parte urbana (95,5 %) y de (4,5 %) en la rural.

**Subregión Bajo Cauca**

Está situada en el nororiente del Departamento, en las estribaciones de la cordillera Central antioqueña. Ocupa una extensión aproximada de 8.585 km² y la componen seis municipios: Caucasia, El Bagre, Nechí, Tarazá, Cáceres y Zaragoza. La minería es el renglón más importante de la economía. Otras actividades son la producción piscícola, la agricultura y la ganadería. El Bajo Cauca presenta uno de los indicadores sociales más preocupantes de las subregiones de Antioquia, puesto que existe una alta precariedad en las necesidades básicas de la población y un alto número de personas en condiciones de pobreza y miseria. Así mismo, el desplazamiento de personas causados por las actividades ilícitas y la violencia agrava la situación, creando cinturones de pobreza alrededor de los cascos urbanos de los municipios que generan "barrios subnormales" sin apenas servicios públicos, casi siempre ubicados en zonas inadecuadas e inhóspitas

De acuerdo con el DANE (proyección a 2024 con base en el censo de 2018 ajustes postCovid), esta subregión cuenta con 268.459 habitantes, que corresponden al 3,9 % de la población de Antioquia, de los cuales 126.727 (49,7 %) fueron hombres y 128.297 (50,3 %) son mujeres, y donde el 66 % habita la parte urbana y el 34 la rural.

**Subregión Magdalena Medio**

Está situada al oriente de Antioquia en la franja que limita con el río Magdalena, con una extensión aproximada de 4.833 km². Se destacan actividades como la minería: la explotación carbonífera y la extracción de calizas, calcáreos, cuarzo y mármoles (buena parte de la minería se practica sin permisos, o sea de manera ilegal); así mismo, es importante el cultivo de la palma de aceite. Las actividades ganaderas son también un importante renglón en la economía local.

La temperatura oscila entre 20°C y 33°C debido a la cercanía al valle del río Magdalena; esto sumado a la gran abundancia de cascadas y balnearios ubicados en varios municipios, se convierte en un atractivo turístico de la

subregión. El bosque húmedo tropical en el cañón del Río Claro tiene grutas, cuevas, rocas y aguas cristalinas propicias para los turistas. Continuando hasta Puerto Triunfo, un pueblo ideal para la pesca, el visitante puede acceder a diversas actividades deportivas. Esta subregión antioqueña está compuesta por los municipios de: Caracolí, Maceo, Puerto Berrio, Puerto Nare, Puerto Triunfo y Yondó.

Para 2024, su población total es de 111.247 habitantes, de los cuales 56.698 son hombres (51%) y 54.549 mujeres (49 %). Ubicándose el 58% en la parte urbana y 42 % en la rural según las proyecciones DANE (proyección a 2024 con base en el censo de 2018 ajustes postCovid).

Sobre su pirámide poblacional, el 38% se ubica el rango de edad de 29 a 59 años, el 21 % se ubica en el rango de edad de 14 a 28, el 13% mayores de 60. Esto muestra que la población adulta y la juventud predomina en el territorio, lo que indica una mayor concentración de la fuerza laboral y en función del aprovechamiento de esta condición se debe procurar aumentar la generación de empleo y la educación en el territorio, con el fin de impulsar el desarrollo.

**Subregión Nordeste**

Se extiende sobre las vertientes orientales de la cordillera Central, entre la Serranía de San Lucas y los ríos Porce, Nechí, Nus y Alicante, con una extensión aproximada de 8.645 km². Está conformada por 10 municipios: Amalfi, Anorí, Cisneros, Remedios, San Roque, Santo Domingo, Segovia, Vegachí y Yalí. La principal actividad económica es la minería aurífera; es la segunda subregión productora de oro en Antioquia. En lo referente a la agricultura, su principal producto es la caña panelera, seguido del cultivo de café, otros productos son el maíz, el fríjol y el plátano. En cuanto a la producción ganadera, la carne y la leche son los productos más comercializados. En menor escala, pero no menos importante, se encuentra las actividades piscícolas, la explotación maderera y la actividad comercial. Algunos municipios que se han dedicado a la ganadería se han visto afectados en los últimos años por la presencia de los grupos armados: guerrilla y paramilitares.

Para 2024, tenía una población proyectada por el DANE de 210.077 habitantes (3,0 % de la población de Antioquia), siendo 105.645 hombres (50.3%) y 104.432 mujeres (49,7%) y, localizándose el 56% en la parte urbana y el 44% en la rural.

## Subregión Norte

Localizada en plena cordillera Central, entre el área norte del Valle de Aburrá y el nudo de Paramillo, límite de la cordillera Occidental, con una extensión aproximada de 7.516 km². Está conformada por los municipios de Santa Rosa de Osos, San Pedro de los Milagros, San José de la Montaña, Don Matías, Entrerríos, Belmira, Carolina del Príncipe, Gómez Plata, Guadalupe, Yarumal, Angostura, Briceño, Campamento, Valdivia, Ituango, Toledo y San Andrés de Cuerquia. Tiene una gran riqueza hídrica, posee 4 grandes cuencas a las que desaguan importantes ríos dentro de su territorio, lo que ha posibilitado la construcción de numerosas hidroeléctricas como la cuenca del Cauca que es la más extensa y posee el embalse de Hidroituango, la cuenca del Nechí donde está el embalse de Miraflores, la Cuenca del Grande que posee los embalses de Quebradona, Riogrande I y II y la cuenca del Guadalupe que posee el embalse de Troneras. Las principales actividades productivas de esta zona son la ganadería de leche, cría de cerdos, cultivo de papa, fríjol, maíz, plátano, caña de azúcar, café, hortalizas entre otros. El desarrollo industrial está configurado alrededor de fábricas de lácteos y carnes, en tanto en Don Matías y Entrerríos han impulsado la creación de fábricas de confección donde se maquila. En Yarumal existen minas de talco y en Campamento minas de Asbesto.

Para 2024, según las proyecciones DANE (proyección a 2024 con base en el censo de 2018 ajustes postCovid) de 258.339 habitantes que corresponde a 3,7 % de la población de Antioquia, con 130.717 hombres (50,6%) y 120.562 mujeres (49,4%), y localizándose 53% en la parte urbana y 47% en la rural.

Los principales municipios que son área de influencia para la ESE están identificados como Bello, Medellín, Copacabana, Girardota y Barbosa, estos con un 93 % de origen de la población atendida por la institución para el año 2023. Entre estos el principal municipio es Bello, debido a que el 72% de las atenciones que se realizan en la institución provienen de habitantes de esta ciudad, seguido de Medellín con el 11%, 6% Copacabana y el 2% para Girardota y Barbosa.

## Sistema de seguridad social en salud

En Antioquia el porcentaje de la cobertura de personas que se encuentran afiliadas al régimen subsidiado es de 40%, mientras que para el régimen contributivo junto con el régimen especial es del 60%. La Tabla 7, presenta la afiliación a la seguridad social en salud, para cada subregión, en cada uno de los dos regímenes.

**Tabla 7. Régimen Subsidiado, Contributivo y Especial**

| Subregión | % de cobertura Subsidiado | % de Cobertura Contributivo y Especial |
|---|---|---|
| VALLE DE ABURRÁ | 28% | 79% |
| BAJO CAUCA | 85% | 17% |
| MAGDALENA MEDIO | 55% | 29% |
| NORDESTE | 68% | 22% |
| NORTE | 55% | 36% |
| OCCIDENTE | 69% | 19% |
| ORIENTE | 39% | 61% |
| SUROESTE | 55% | 26% |
| URABÁ | 75% | 41% |
| **ANTIOQUIA** | **40%** | **60%** |

Fuente: Gobernación de Antioquia – Secretaría Seccional de Salud y Protección de Antioquia (2023)

El Análisis de la Situación en Salud (ASIS), es el resultante de un proceso analítico - sintético que permite caracterizar, medir y explicar el proceso de salud - enfermedad y sus determinantes para la identificación, priorización y evaluación de las necesidades y los problemas sanitarios del territorio para este caso del departamento de Antioquia, y permite orientar el establecimiento de los lineamientos para la toma de decisiones tanto del orden administrativo como de gestión, en la prestación de los servicios de salud, el aseguramiento, la salud pública, el financiamiento, la articulación intersectorial, la gestión del talento humano, la gobernanza y ejercer las acciones de regulación, inspección, vigilancia y control, así como las de asesoría y asistencia técnica que le corresponden a la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia

Para la definición tanto del Plan de Desarrollo "Por Antioquia firme" 2024 – 2027 como del Plan Territorial de Salud 2024-2028 para Antioquia se toman como base las problemáticas identificadas en el Análisis de la Situación de Salud (ASIS-2023).

El Plan Territorial de Salud a su vez se encuentra articulado con los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET), las Zonas más Afectadas por el Conflicto y Antioquia Resiliente.

## 5.4. Contexto municipal

Bello se encuentra al norte de la subregión Valle de Aburrá del departamento de Antioquia. Es un territorio colindante al sur con Medellín, al norte con San Pedro de los Milagros y Don Matías, al este con Copacabana y Guarne y al oeste con San Jerónimo y Sopetrán.

Esta ubicación le otorga una relevancia estratégica dentro del Área Metropolitana del Valle de Aburrá, facilitando la conexión entre la capital del departamento y las demás regiones del norte y el nordeste de Antioquia.

El municipio de Bello dentro de sus aspectos sociodemográficos, posicionamiento y ventajas competitivas y comparativas cuenta con:

1. Mayor extensión rural que territorial.
2. Reconocimiento turístico a nivel internacional, nacional y local donde el ecoturismo es un potencial económico para el sector.
3. Reconocimiento cafetero y ruta lechera.
4. Décima primera ciudad del país en tamaño poblacional
5. Gran receptor de migraciones al territorio.
6. Cuna de artistas.

| Población histórica municipio de Bello | | |
|---|---|---|
| **Año** | **Población** | **± %** |
| **1938** | 13 423 | — |
| **1951** | 34 307 | +155.6% |
| **1964** | 95 463 | +178.3% |
| **1973** | 129 173 | +35.3% |
| **1985** | 214 921 | +66.4% |
| **1993** | 293 481 | +36.6% |
| **2005** | 371 591 | +26.6% |
| **2018** | 522 264 | +40.5% |
| **2020** | 544.549 | +4.2% |
| **2021** | 552.073 | +1.3% |

| Población histórica municipio de Bello | | |
|---|---|---|
| **Año** | **Población** | **± %** |
| **2022** | 557.071 | +0.9% |
| **2023** | 561.955 | +0.9% |
| **2024** | 566.456 | +0.8% |

**Fuente:** hasta el 2018 DANE
**Fuente:** DANE Proyecciones de población a nivel municipal 2020 al 2024

Al hacer un análisis más detallado, se evidencia que la población rural representa el 2.6 %, mientras que la urbana representa el 97.4 % restante y habita solo en el 10 % del territorio. La población está divida por género el 51,7% femenino y el 48.3% masculino.

En el municipio, según datos del DANE de 2023, la población en términos proporcionales oscila entre 15 y 39 años, lo cual constituye un desafío y una ventana de oportunidad. En cuanto al primero, es oportuno mencionar que, dado que se trata de una población en edad laboral, se deben incrementar las proyecciones, las acciones y las estrategias que permitan potenciar las capacidades de los Bellanitas a través de una oferta institucional sólida. En cuanto al segundo, es sin duda una oportunidad para capitalizar dichas capacidades, pues finalmente por el grupo etario en el que se encuentran, son personas en el momento óptimo para contribuir al desarrollo económico local.

Por otro lado, el Índice de Pobreza Multidimensional -IPM- agregado y desagregado para el área total de Bello, revela que:

1. El analfabetismo afecta al 4.4% de la población.
2. El bajo logro educativo se sitúa en el 36.5%.
3. Las barreras a servicios para el cuidado de la primera infancia y de acceso a servicios de salud afectan aproximadamente al 1.8% y 2.8% de la población, respectivamente.
4. La tasa de dependencia económica es del 25.4%.
5. El hacinamiento crítico y la inadecuada eliminación de excretas alcanzan el 5.6% y 5.5%, respectivamente.
6. La inasistencia escolar es del 2.8%.
7. Un pequeño porcentaje de viviendas tienen materiales inadecuados tanto en paredes exteriores (1.4%) como en pisos (0.7%).
8. El rezago escolar afecta al 13.2% de la población.
9. Un 5.6% no tiene acceso a fuente de agua mejorada.

10. El 19.2% de la población carece de aseguramiento en salud.
11. El trabajo infantil y el trabajo informal presentan tasas del 0.5% y 72.7%, respectivamente.

Estos indicadores muestran que, aunque hay áreas que generan una mayor preocupación como el bajo logro educativo, el trabajo informal y la falta de aseguramiento en salud, el Municipio presenta tasas relativamente bajas en aspectos como el analfabetismo y la inasistencia escolar, lo que sugiere áreas de fortaleza en educación y acceso a servicios básicos (DNP, Sistema de Planeación Territorial 2024).

De manera adicional, en el IPM el índice está en 14.2%, lo cual es significativamente más bajo que el promedio departamental de Antioquia (37.59%) y el promedio nacional (40.91%). Este resultado sugiere que, en general, Bello presenta mejores condiciones de vida y menor incidencia de factores asociados a la pobreza multidimensional, destacándose positivamente en el contexto departamental y nacional.

Finalmente, en cuanto al Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas -NBI-, los resultados indican que está en 5.58%, lo cual alude a que un poco más del 5% de las viviendas de Bello tienen necesidades básicas insatisfechas. Este valor es comparativamente más bajo que el promedio departamental de Antioquia (18.45%) y el promedio nacional (22.036%), reflejando una situación relativamente mejor en cuanto a satisfacción de necesidades básicas en el Municipio (DNP, Sistema de Planeación Territorial 2024).

**Salud**

Bello cuenta con una infraestructura de 4 hospitales, 3 clínicas, 6 Centros de Salud.  además del servicio privado de salud, el servicio público de salud está a cargo de la Secretaría de Salud.

1. Hospital Mental de Antioquia (Departamental)
2. Hospital Marco Fidel Suárez (Sede Autopista y sede Niquía) (Departamental)
3. Hospital Rosalpi (Municipal)
4. Hospital Zamora (Municipal)
5. Centro de Salud Paris (Municipal)
6. Centro de Salud Fontidueño (Municipal)
7. Centro de Salud Playa Rica (Municipal)
8. Centro de Salud Mirador (Municipal)
9. Centro de salud Maruchenga (Municipal)

10. Centro de salud San Félix
11. Clínica del Norte
12. Clínica Especializada EMMSA
13. Clínica Antioquia Sede Bello

**División administrativa**

El municipio se divide en un área urbana de 11 comunas que se extienden a ambos lados del río Medellín, en el Valle de Aburrá, mientras que el área rural cuenta con 19 veredas y el corregimiento de San Félix, situado sobre el Altiplano de Ovejas, al norte del departamento.

El Plan de Desarrollo municipal **"Juntos construimos"**, Bello se encamina a fortalecer el respeto colectivo, las oportunidades, el desarrollo en diversos aspectos y a consolidarse como potencia económica, cultural y de progreso en el norte del Valle de Aburrá.

Contempla una inversión de 2.4 billones de pesos para el cuatrienio, representado en seis líneas estratégicas y un capítulo de paz, que involucran distintos sectores en **44 programas, 103 proyectos y 276 indicadores.**

1. **Juntos construimos el tejido social Bellanita:** En el que se contemplan 25 programas y 52 proyectos dedicados a los temas de educación, salud, inclusión social y cultura.

   **Objetivo:** Implementar acciones que permitan tener una adecuada gestión de la demanda de servicios sociales y el mejoramiento de la calidad de vida de los Bellanitas, garantizando la satisfacción plena y la atención integral de la primera infancia, niños, niñas, adolescentes, jóvenes, adultos mayores, mujeres, población LGTBIQ+, población en situación de calle, víctimas, grupos étnicos, población con discapacidad, etc.
2. **Juntos construimos el desarrollo económico:** Con 4 proyectos y 11 indicadores enfocados en el fomento del comercio, la industria y el turismo en el territorio, así como el fortalecimiento de estrategias que incentiven el acceso de la población a oportunidades laborales.

   **Objetivo:** Implementar una nueva agenda de desarrollo que contemple las potencialidades territoriales, las apuestas nacionales y las dinámicas sociales. Esto con el objetivo de poder lograr mejores resultados económicos que propicien por una mayor innovación, productividad y competitividad, más empleos de calidad, mejores ingresos y el fortalecimiento de los ecosistemas de emprendimiento, agregándole de esta manera mayor valor, todo esto bajo una perspectiva de desarrollo sostenible.

3. **Juntos construimos la vivienda, la ciudad y el territorio:** 7 programas y 14 proyectos de inversión que atenderán aspectos relacionados con transporte, minas y energía y vivienda ciudad y territorio.

   **Objetivo:** Fortalecer las estrategias de planificación, ordenamiento territorial, cobertura de servicios públicos y condiciones de habitabilidad en la comunidad Bellanita, a través de la generación del desarrollo de infraestructura sostenible y sustentable que aporte al crecimiento continuo del territorio.

4. **Juntos construimos el desarrollo rural y ambiental:** Esta línea se enmarca en los sectores Agricultura y Desarrollo Rural, Ambiente y Desarrollo Sostenible y Gestión del Riesgo y Atención de Desastres, con la ejecución de ocho (8) programas y catorce (14) proyectos de inversión.

   **Objetivo:** Desarrollar estrategias para el cuidado y la preservación del medio ambiente desde una visión sustentable y sostenible con el planeta, así mismo, fortalecer las acciones que se ejecutan en el ámbito rural, de manera que tenga una especial atención en el marco del cierre de brechas entre lo urbano y lo rural.

5. **Juntos construimos la seguridad y la convivencia ciudadana:** Se enmarca en los sectores Justicia y del Derecho, Gobierno territorial e Inclusión Social, con la ejecución de cuatro (4) programas y nueve (9) proyectos de inversión.

   **Objetivo:** Fortalecer las estrategias para la seguridad y la convivencia ciudadana en el municipio de Bello, de manera que se puedan generar alternativas para la resolución de conflictos, el mejoramiento de la capacidad de respuesta institucional y el cuidado de los derechos de los ciudadanos.

6. **Juntos construimos la gobernanza territorial:** Se enmarca en los sectores de Ciencia, Tecnología e Innovación, Gobierno Territorial, Tecnología de la Información y las Comunicaciones e Información Estadística, con la ejecución de ocho (8) programas y veintitrés de inversión.

   **Objetivo:** Fomentar la confianza ciudadana hacia el gobierno local, a través de la recuperación de la gobernanza y la co-creación del estado como estructura social de derecho de cara a la responsabilidad y la gobernabilidad orientada al cumplimiento de resultados y la transparencia institucional.

Los sectores y programas del Plan de Desarrollo municipal que en el contexto que nos corresponde como ESE Hospital Marco Fidel Suárez, se encuentran inmersos en:

**Línea estratégica 1: Juntos construimos el tejido social Bellanita**

**6.2.** Sector salud
**6.2.1.** Diagnóstico sector salud
**6.2.2.** Componente estratégico: Salud.
**6.2.2.1.** Programa 1.2.1. Gestión y vigilancia de los riesgos sanitarios y ambientales en el territorio.

**Objetivo del programa**

Fomentar el bienestar y el mejoramiento de la calidad de vida a través de la promoción, el mantenimiento y la gestión del riesgo en salud.

**6.2.2.2.** Programa 1.2.2. Gestión de la salud colectiva en el Municipio de Bello.

**Objetivo del programa**

Liderar la gestión para la salud pública, articulando los diferentes actores de sistema general de seguridad social en salud a partir de la identificación de factores y determinantes que pongan en riesgo la salud del municipio.

**6.2.2.3.** Programa 1.2.3: Juntos protegemos nuestra salud mental.

**Objetivo del programa**

Diseñar e implementar un programa integral que aborde las necesidades específicas de bienestar psicológico y emocional de la comunidad Bellanita, asegurando que sea accesible, efectivo y sostenible a largo plazo.

**6.2.2.4.** Programa 1.2.4: Aseguramiento y prestación integral de servicios de salud.

**Objetivo del programa**

Garantizar el aseguramiento de la población al Sistema General de Seguridad Social en Salud y gestionar el acceso a la prestación de servicios de salud.

**Línea estratégica 4: Juntos construimos el desarrollo rural y ambiental**

**9.2.** Sector Medio ambiente y desarrollo sostenible.

**9.2.1.**Diagnóstico Sector Medio Ambiente y Desarrollo Sostenible.
**9.2.2.**Componente estratégico: Desarrollo rural y ambientalmente Sostenible.

**9.2.2.1.** Juntos contribuimos al mejoramiento continuo de la calidad del aire

**Objetivo del programa**

Implementar acciones para dar cumplimiento al plan Integral de Gestión de Calidad del Aire PIGECA y el Plan Operacional para enfrentar episodios de contaminación atmosféricos – POECA.

**9.2.2.2.** Juntos conservamos nuestra biodiversidad

**Objetivo del programa**

Desarrollar acciones para la conservación de la biodiversidad y sus servicios ecosistémicos.

**9.2.2.4.** Juntos por la consolidación de un territorio ambientalmente sostenible

**Objetivo del programa**

Desarrollar estrategias de educación ambiental a los diferentes actores y grupos de interés del municipio de Bello.

**9.2.2.5.** Juntos por el bienestar animal

**Objetivo del programa**

Implementar acciones integrales y sostenibles para mejorar el bienestar de los seres sintientes.

**9.2.2.6.** Juntos construimos un bello más limpio

**Objetivo del programa**

Implementar el Plan de Gestión de residuos sólidos PGIRS en el municipio de Bello.

**Línea estratégica 6: Juntos construimos la gobernanza territorial**

**11.1.** Sector gobierno territorial (participación ciudadana).

**11.1.1.** Diagnóstico sector gobierno Territorial (participación ciudadana).

**11.1.2.** Componente estratégico: Participación ciudadana.

**11.1.2.1.** Juntos construimos cultura de la transparencia y la participación ciudadana.

**Objetivos del programa**

Promoción de estrategias institucionales de participación social y comunitarias que permitan potencializar la transparencia, acceso a la información y la participación, en la comunidad Bellanita.

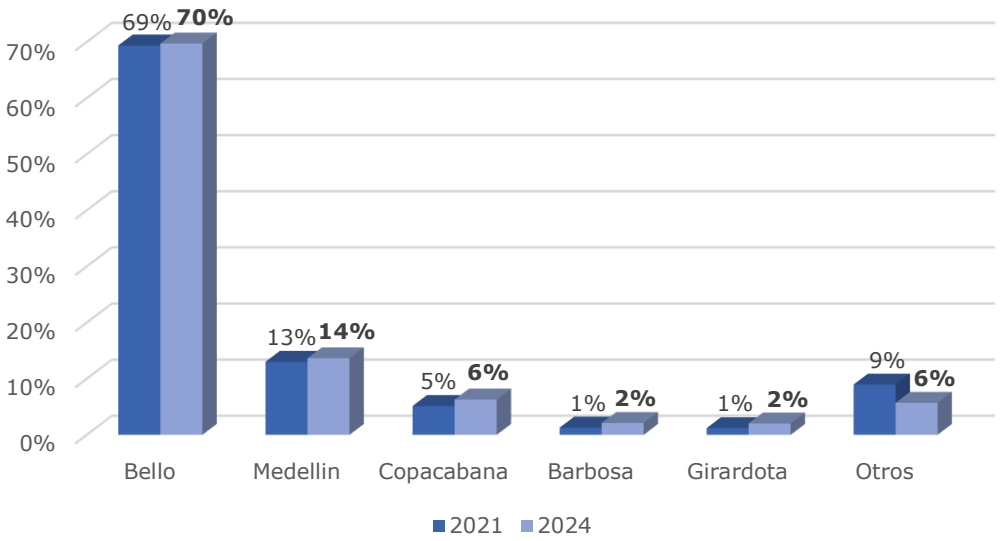
Fortalecer los espacios de participación ciudadana en el territorio para potenciar la incidencia de la población en los procesos de desarrollo local, a través de la organización comunitaria y el control social.

## 5.5. Contexto nuestro hospital

La contextualización interna, nos permite determinar al interior los factores sociodemográficos, institucionales y administrativos que nos afectan de manera positiva o negativa el logro de los objetivos que nos plantearemos en la elaboración de este Plan de Desarrollo y que se reflejarán en el logro de los resultados necesarios y deseados por quienes lo construyen.

Empezaremos por la descripción de los factores sociodemográficos y clínicos más relevantes del área de influencia y del tipo de población atendida.

**Comparación de la procedencia de usuarios atendidos en el 2021 y 2024 en la ESE Hospital Marco Fidel Suárez**




**Fuente:** Dinámica gerencial – RIPS
***Año 2024:** Periodo de enero a septiembre

Al analizar más detalladamente, la distribución poblacional según DANE, en el municipio de Bello, las personas jóvenes de 15 a 29 años abarcan el mayor porcentaje de la población tanto en el 2021, 2022 como en el 2023, mientras que para el 2024 se iguala con el grupo de 30 a 44, evidenciando el envejecimiento de la población, según la proyección del DANE.
Entre la población infantil, menores de 14 años, se destaca que desde el 2023 la población viene decreciendo, indicando una disminución en los nacimientos. Los grupos etarios de 45 a 59 y los mayores de 60 años crecieron un 11 % desde el 2021 hasta el 2024.

| Tabla Población de Bello 2021-2022-2023-2024 | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 2021 | | 2022 | | 2023 | | 2024 | |
| **Grupo Etario** | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % |
| **0 a 4** | 34.026 | 6,2% | 33.426 | 6,0% | 32.802 | 5,8% | 32.181 | 5,7% |
| **5 a 9** | 35.343 | 6,4% | 35.402 | 6,4% | 35.433 | 6,3% | 35.355 | 6,2% |
| **10 a 14** | 36.499 | 6,6% | 36.351 | 6,5% | 36.261 | 6,5% | 36.206 | 6,4% |
| **Grupo 5 a 14** | 71.842 | 13,0% | 71.753 | 12,9% | 71.694 | 12,8% | 71.561 | 12,6% |
| **15 a 19** | 41.187 | 7,5% | 40.588 | 7,3% | 40.078 | 7,1% | 39.650 | 7,0% |
| **20 a 24** | 50.571 | 9,2% | 49.778 | 8,9% | 48.863 | 8,7% | 47.869 | 8,5% |
| **25 a 29** | 54.900 | 9,9% | 55.364 | 9,9% | 55.540 | 9,9% | 55.374 | 9,8% |
| **30 a 34** | 50.559 | 9,2% | 51.857 | 9,3% | 53.016 | 9,4% | 53.987 | 9,5% |
| **35 a 39** | 49.032 | 8,9% | 45.293 | 8,1% | 46.118 | 8,2% | 47.048 | 8,3% |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **40 a 44** | 37.538 | 6,8% | 38.985 | 7,0% | 40.223 | 7,2% | 41.224 | 7,3% |
| **Hombres 15 a 44** | 140.202 | 25,4% | 141.726 | 25,4% | 142.952 | 25,4% | 143.823 | 25,4% |
| **Mujeres 15 a 44** | 139.084 | 25,2% | 140.139 | 25,2% | 140.886 | 25,1% | 141.329 | 24,9% |
| **45 a 49** | 31.698 | 5,7% | 32.153 | 5,8% | 32.928 | 5,9% | 33.990 | 6,0% |
| **50 a 54** | 32.420 | 5,9% | 32.034 | 5,8% | 31.710 | 5,6% | 31.491 | 5,6% |
| **55 a 59** | 31.115 | 5,6% | 31.531 | 5,7% | 31.740 | 5,6% | 31.749 | 5,6% |
| **Grupo 45 a 59** | 95.233 | 17,3% | 95.718 | 17,2% | 96.378 | 17,2% | 97.230 | 17,2% |
| **60 a 64** | 25.140 | 4,6% | 25.991 | 4,7% | 26.837 | 4,8% | 27.645 | 4,9% |
| **65 a 69** | 18.424 | 3,3% | 19.196 | 3,4% | 20.031 | 3,6% | 20.888 | 3,7% |
| **70 a 74** | 12.431 | 2,3% | 12.946 | 2,3% | 13.552 | 2,4% | 14.201 | 2,5% |
| **75 y más** | 15.691 | 2,8% | 16.176 | 2,9% | 16.823 | 3,0% | 17.598 | 3,1% |
| **Total, hombres** | 265.967 | 48,2% | 268.365 | 48,2% | 270.708 | 48,2% | 272.851 | 48,2% |
| **Total, mujeres** | 286.106 | 51,8% | 288.706 | 51,8% | 291.247 | 51,8% | 293.605 | 51,8% |
| **Total, población urbana** | 536.766 | 97,2% | 541.917 | 97,3% | 546.902 | 97,3% | 551.525 | 98,14% |
| **Total, población rural** | 15.307 | 2,8% | 15.154 | 2,7% | 15.503 | 2,7% | 14.931 | 2,6% |
| **Total, Población** | **552.073** | **100.0%** | **557.071** | **100.0%** | **561.955** | **100%** | **566.456** | **100%** |

**Fuente:** DANE

El municipio se compone en su mayoría de población económicamente activa estando alrededor del 65 % y además es mayormente urbana con el 98% de la población ubicada en esta zona.

Bello presenta una pirámide poblacional regresiva, viéndose un paulatino envejecimiento de esta, posiblemente debido a las mejores condiciones de vida y de los servicios sanitarios y un mayor control de la natalidad por medio de los programas de planificación familiar y la introducción de métodos modernos temporales y definitivos.

Asimismo, la población adulta mayor crece tanto en números absolutos como porcentualmente respecto al total de la población dado los avances y la tecnología en salud y la disminución de las muertes violentas.

En los municipios de influencia ubicados en las subregiones de norte, nordeste, Magdalena Medio y Valle de Aburrá al unificarlos cambian algunas proporciones, aunque no significativamente, y los principales cambios se notan en la población

infantil menor de 14 años en promedio es del 26 %, siendo las poblaciones de norte y nordeste las mayores en este rango de edad con el 29 % de su población.

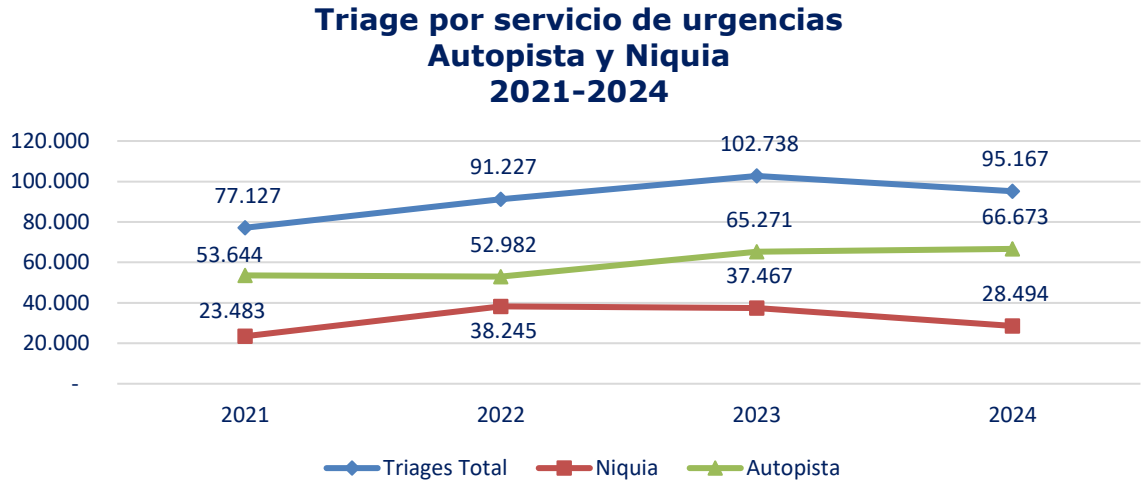
Aunque la población de 45 a 59 años en promedio es del 17 % para el total de las subregiones, se encontró como para la subregión del norte de Antioquia es del 13% y en el Valle de Aburrá es del 19% siendo estas la menor y la mayor en este grupo de edad respectivamente.

Para la institución es de gran importancia el grupo de edad de mayores de 65 años ya que en la actualidad, el principal servicio es medicina interna y esta población es quien demanda dicho servicio, encontrándose en promedio un 7 % de esta población en las cuatro subregiones, pero en el Valle de Aburrá esta población aumenta al 9 % convirtiéndolo en el principal demandante de la oferta institucional.

### 5.5.1. Análisis de los servicios en la ESE

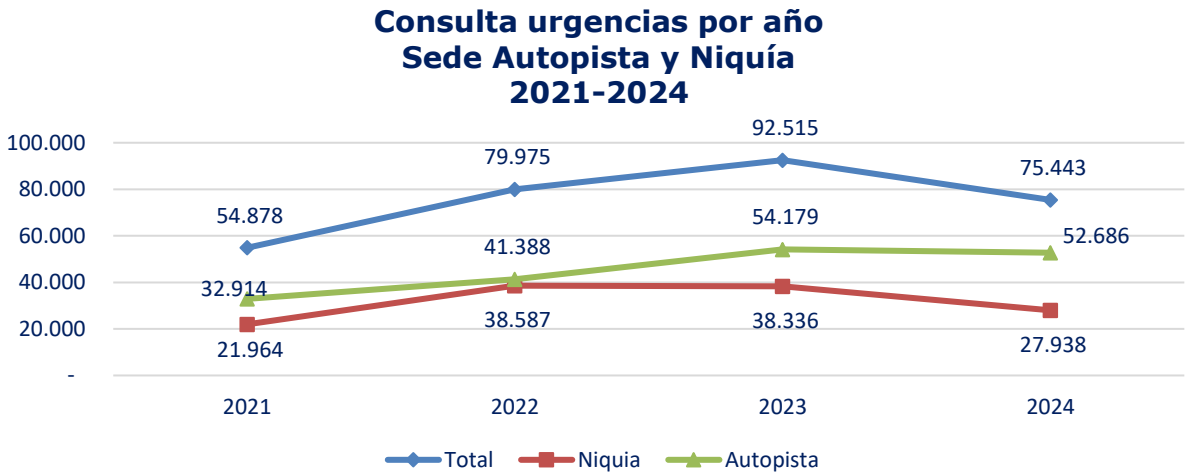
Específicamente en triage y como se evidencia en la gráfica, se presentó un incremento, entre 2021 y 2023, y con el periodo del 2024 analizado que corresponde desde enero hasta septiembre, se espera superar la demanda del 2023.

Se debe tener en cuenta que el 40 % de los triages realizados en sede autopista y el 32 % en sede Niquía no se les realizan la consulta de urgencias, debido a que se clasifican como triage IV o V.



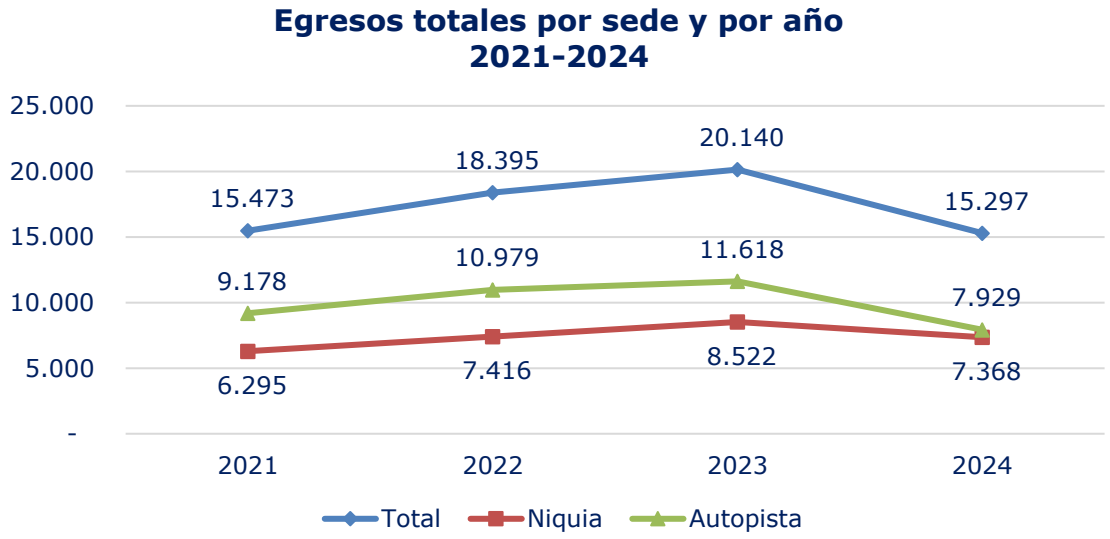

**Fuente:** Dinámica Gerencial
***Año 2024:** Periodo de enero a septiembre

Con respecto a la consulta de urgencias, también se presentó un incremento significativo desde el 2021, pasando de realizar 54.878 en el 2021 a 92.515 consultas en el 2023.




**Fuente:** Dinámica Gerencial
***Año 2024:** Periodo de enero a septiembre

Con respecto a los egresos, se presenta el mismo fenómeno, pero en menor medida, aumentando para el 2023 en un 23 % con respecto al 2021, para el 2024 se espera una cifra similar al 2023.

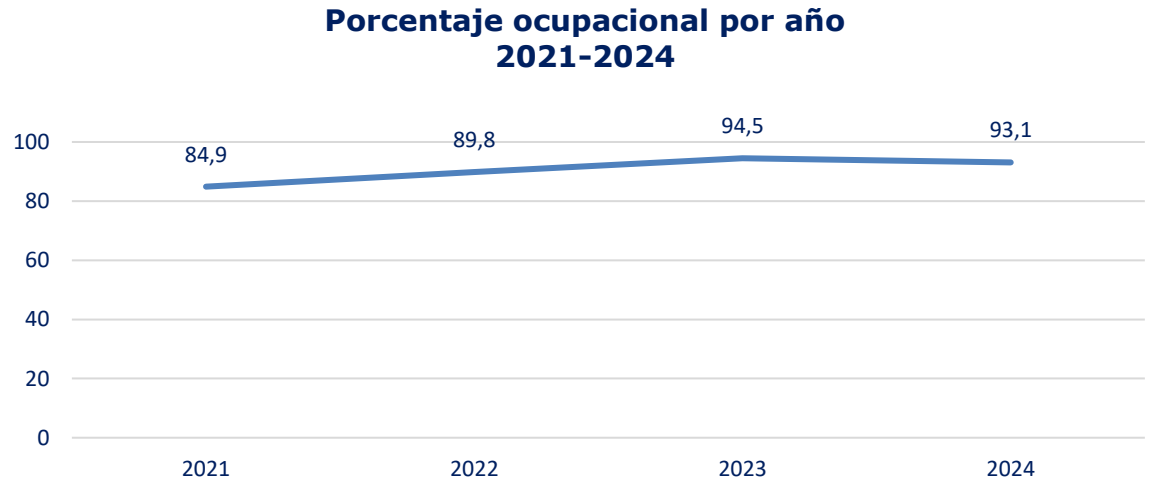



**Fuente:** Dinámica Gerencial
***Año 2024:** Periodo de enero a septiembre

El promedio día estancia se mantiene estable presentando poca variación con tendencia a disminuir, pasando de 5.4 a 5.1 días. El promedio días de hospitalización por pediatría fue de 3 días.

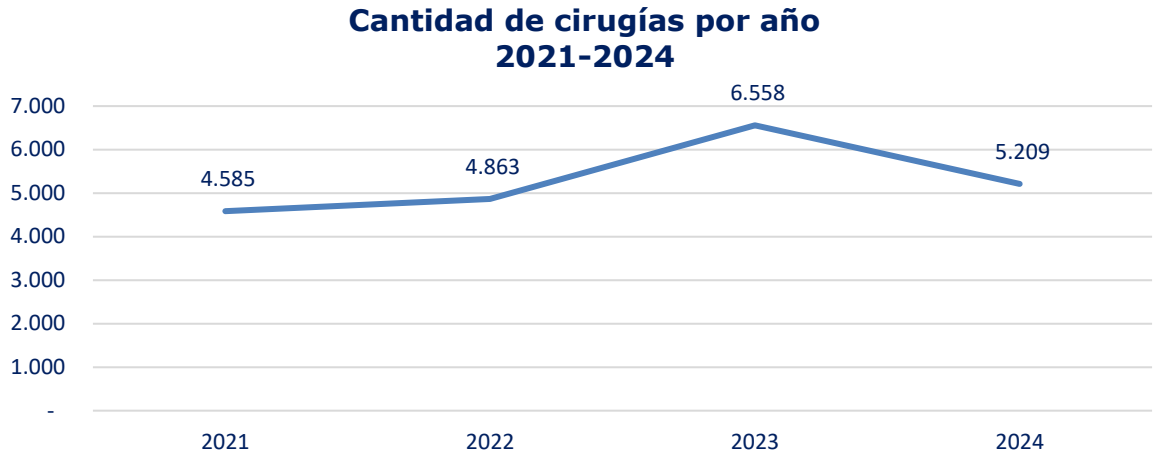
**Fuente:** Dinámica Gerencial
***Año 2024:** Periodo de enero a septiembre

El porcentaje ocupacional se mantuvo por encima del 80 % con tendencia al aumento, donde en el 2023 se alcanza la cifra más alta con un 94.5 %.




**Fuente:** Dinámica Gerencial
***Año 2024:** Periodo de enero a septiembre

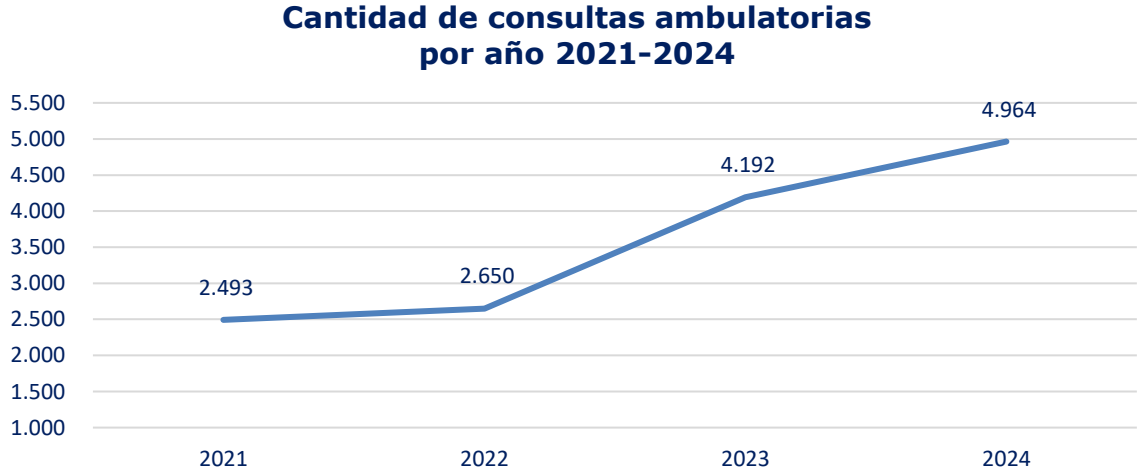
En cuanto al número de cirugías, se presentó un aumento importante al pasar de realizar 4.585 en el 2021 a 6.558 en el 2023.




**Fuente:** Dinámica Gerencial
***Año 2024:** Periodo de enero a septiembre

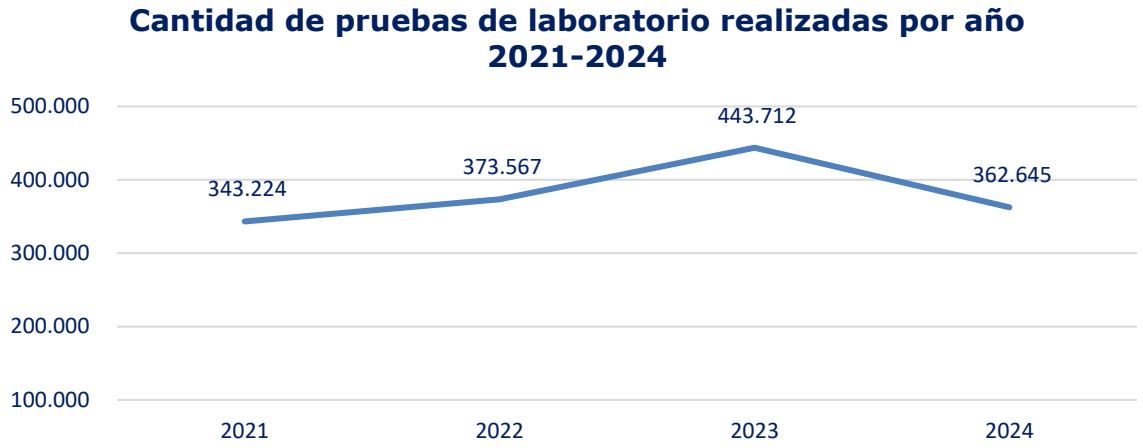
Con respecto a la consulta externa, se presenta un incremento notable, esto debido al programa de la RED NOVA; para el 2024 se cuenta habilitada la consulta externa de las siguientes especialidades:

- **Cirugía General**
- **Ginecobstetricia**
- **Pediatría**



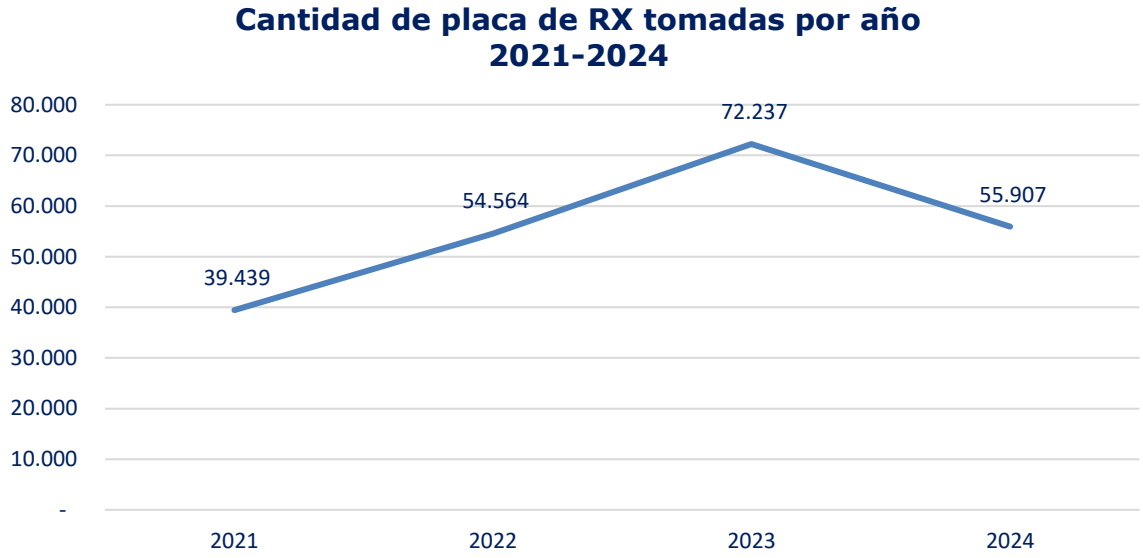

**Fuente:** Dinámica Gerencial
***Año 2024:** Periodo de enero a septiembre

En cuanto al laboratorio, también se presentó un incremento en la producción entre los años 2021 y 2023 de un 23% y se espera que en el 2024 continúe la tendencia.



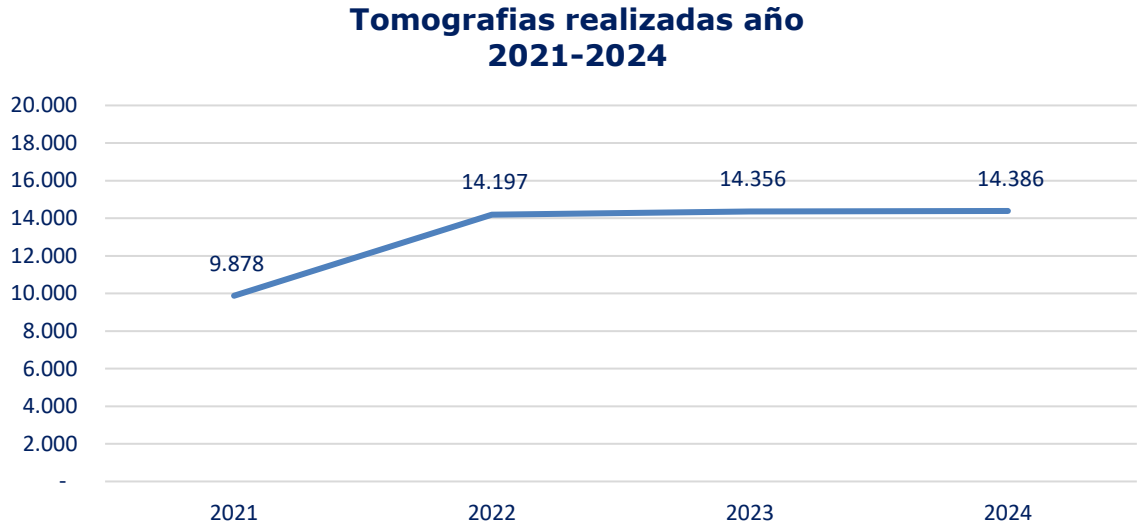

**Fuente:** Dinámica Gerencial
***Año 2024:** Periodo de enero a septiembre

En el servicio de radiología, se observó un incremento considerable del 31% en el número de placas tomadas en el 2023 con respecto al 2021, así mismo se espera una cifra similar en el 2024.




**Fuente:** Dinámica Gerencial
***Año 2024:** Periodo de enero a septiembre

Con respecto a las tomografías, se ha presentado un comportamiento estable para los años 2022 y 2023. A septiembre de 2024 ya se superó la cantidad de tomografías realizadas en el 2023.




**Fuente:** Dinámica Gerencial
***Año 2024:** Periodo de enero a septiembre

## Análisis población por régimen de aseguramiento

Al analizar la población afiliada al sistema de seguridad social en las subregiones de influencia de la ESE Hospital Marco Fidel Suárez, el municipio de Bello con una población de 566.456 proyectada para 2024, tiene con corte a septiembre del mismo año, una cobertura de afiliación a la seguridad social en salud de 87.7% (496.838), de los cuales el 24.8% están afiliados al régimen subsidiado y de estos que son 140.457, el 58.5% (82.239) están afiliados a la EPS Savia Salud; del resto de los afiliados al SGSSS, el 60.7% (343.765 personas) están afiliadas al régimen contributivo, y el 68.4% de estos (235.216) están afiliados a la ESP Sura.

| AFILIACIÓN AL RÉGIMEN SUBSIDIADO | | |
|---|---|---|
| **MUNICIPIO DE BELLO, CORTE A SEPTIEMBRE 2024** | | |
| **NOMBRE DE LA ASEGURADORA** | **# AFILIADOS** | **% DEL TOTAL AFILADOS** |
| **EPSS40 - Savia Salud** | 82.239 | 58.6% |
| **EPSS10 - Sura** | 33.938 | 24.2% |
| **EPSS02 - Salud Total** | 13.646 | 9.7% |
| **EPSS37 y EPSS41 Nueva EPS** | 8.681 | 6.2% |
| **EPSS05 - Sanitas S.A.** | 1.953 | 1.4% |
| **TOTAL** | **140.457** | **100%** |

**Fuente:** Aseguramiento General, DSSA 2024

| AFILIACIÓN AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO | | |
|---|---|---|
| **MUNICIPIO DE BELLO, CORTE A SEPTIEMBRE 2024** | | |
| **NOMBRE DE LA ASEGURADORA** | **# AFILIADOS** | **% DEL TOTAL AFILADOS** |
| **EPS010 - Sura** | 235.216 | 68.4% |
| **EPS002 - Salud Total** | 48.621 | 14.1% |
| **EPS037 y EPS041 - Nueva EPS** | 40.712 | 11.8% |
| **EPS005 - Sanitas S.A.** | 10.575 | 3.1% |
| **EPS040 - Savia Salud** | 7.571 | 2.2% |
| **EAS016 - EPM** | 551 | 0.2% |
| **TOTAL** | **343.765** | **100%** |

**Fuente:** Aseguramiento General, DSSA 2024

Para el año 2024 con corte a septiembre, los municipios de Copacabana, Barbosa y Girardota cuentan con una población de 196.214 personas y una cobertura a la seguridad social en salud de 88.7%, de los cuales el 30% (58.751) están afiliados al régimen subsidiado, y de estos, el 69.0% (40.512) están afiliados a la EPS Savia Salud, seguido por la EPS Sura con el 22.3%. El 57% de la población afiliada al sistema (111.579) están en el contributivo, de los cuales 85.394 (76.5%) están afiliados a EPS Sura, seguido por la Nueva EPS con el 14.2%.

| AFILIACIÓN AL RÉGIMEN SUBSIDIADO | | |
|---|---|---|
| MUNICIPIOS DE COPACABANA, BARBOSA Y GIRARDOTA 2023 | | |
| **NOMBRE DE LA ERP** | **# AFILIADOS** | **% DEL TOTAL AFILADOS** |
| **EPSS40 - Savia Salud** | 40.512 | 69.0% |
| **EPSS10 - Sura** | 13.105 | 22.3% |
| **EPSS37 y EPSS41 Nueva EPS** | 3.132 | 5.3% |
| **EPSS02 - Salud Total** | 2.001 | 3.4% |
| **ESS024 - Coosalud** | 1 | 0.0% |
| **TOTAL** | **58.751** | **100%** |

**Fuente:** Aseguramiento General, DSSA corte a septiembre 2024

| AFILIACIÓN AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO | | |
|---|---|---|
| MUNICIPIOS DE COPACABANA, BARBOSA Y GIRARDOTA 2023 | | |
| **NOMBRE DE LA ERP** | **# AFILIADOS** | **% DEL TOTAL AFILADOS** |
| **EPS010 - Sura** | 85.317 | 76.5% |
| **EPS037 - La Nueva EPS** | 15.900 | 14.2% |
| **EPS002 - Salud Total** | 5.022 | 4.5% |
| **EPS040 - Savia Salud** | 4.960 | 0.4% |
| **EAS016 - EPM** | 220 | 0.2% |
| **EPS005 - Sanitas S.A.** | 2 | 0.0% |
| **TOTAL** | **111.579** | **100%** |

**Fuente:** Aseguramiento General, DSSA corte a septiembre 2024

En cuanto al departamento de Antioquia, con una población estimada para el 2024 de 6.903.721 (DANE) tiene una cobertura de afiliación al SSSS de 103%, de los cuales el 4.081.391 (59.1%) están afiliados al contributivo y 2.828.920 (40.9%) al subsidiado.

Dentro de las primeras cinco entidades responsables de pago (ERP) que cuentan con afiliación al régimen contributivo, se encuentra EPS Sura con el 64.3% de los afiliados, seguido de la Nueva EPS con el 17.4%, Salud Total con el 10.0%, Savia Salud con el 3.4% y Sanitas con el 3.2%.

| Afiliados por ERP régimen contributivo | | | |
|---|---|---|---|
| **Código Ministerio** | **Nombre ERP** | **Nro. Afiliados** | **% Afiliados** |
| **EPS010** | Sura | 2,622,666 | 64.3% |
| **EPS037** | Nueva EPS | 708,398 | 17.4% |
| **EPS002** | Salud Total | 407,156 | 10.0% |
| **EPS040** | Savia Salud | 139,945 | 3.4% |
| **EPS005** | Sanitas S.A. | 131,778 | 3.2% |
| **ESSC24** | Coosalud | 57,370 | 1.4% |
| **EAS016** | EPM | 7,159 | 0.2% |
| **EPS008** | Compensar EPS | 3,905 | 0.1% |
| **EAS027** | Fondo Ferrocarriles Nacionales | 2,023 | 0.0% |
| **EPSIC3** | Asociación Indígena del Cauca | 837 | 0.0% |
| **EPS018** | Servicio Occidental | 8 | 0.0% |
| **EPS048** | Mutual Ser | 6 | 0.0% |
| **CCFC55** | CAJACOPI ATLANTICO | 2 | 0.0% |
| **CCFC33** | EPS Familiar de Colombia | 138 | 0.0% |
| **Total, afiliados régimen contributivo** | | **4,081,391** | **100** |

**Fuente:** Aseguramiento General, DSSA corte a septiembre 2024

Las primeras cinco entidades responsables de pago (ERP) que cuentan con afiliación al régimen subsidiado son: Savia Salud con el 54.3% de los afiliados, seguido por Sura con el 14.5%, Coosalud con el 13.9%, Nueva EPS con el 10.7% y Salud Total con el 4.4%.

| Afiliados por ERP al Régimen Subsidiado | | | |
|---|---|---|---|
| **Código Ministerio** | **Nombre ERP** | **Nro. Afiliados** | **% Afiliados** |
| **EPSS40** | Savia Salud | 1,535,193 | 54.3% |
| **EPSS10** | Sura | 410,722 | 14.5% |
| **EPS042** | Coosalud | 392,198 | 13.9% |
| **EPSS37** | Nueva EPS | 302,119 | 10.7% |
| **EPSS02** | Salud Total | 125,467 | 4.4% |
| **EPSI03** | Asociación Indígena del Cauca | 33,423 | 1.2% |
| **EPSS05** | Sanitas S.A. | 17,093 | 0.6% |
| **CCF033** | EPS Familiar de Colombia | 10,066 | 0.4% |
| **EPSS08** | Compensar EPS | 2,628 | 0.1% |
| **EPSS18** | Servicio Occidental | 4 | 0.0% |
| **CCF055** | Cajacopi Atlántico | 5 | 0.0% |
| **ESS207** | Mutual SER | 2 | 0.0% |
| **Total, afiliados régimen subsidiado** | | **2,828,920** | **100** |

**Fuente:** Aseguramiento General, DSSA corte a septiembre 2024

## Morbilidad de Consulta Externa

Analizando la información para el año 2021, correspondió principalmente a las revisiones postquirúrgicas de cirugía y ginecología de pacientes que ingresan al servicio de urgencias. No se realizaron consultar de primera vez debido a que las Entidades Responsables de Pago con las que la institución tenía contrato, no remitían usuarios para la consulta ambulatoria en las que se pudiera derivar un procedimiento quirúrgico.

Para el año 2024, la institución continuó prestando su servicio de consulta externa para las especialidades de cirugía general y ginecoobstetricia, destacando en su perfil de morbilidad como primeras causas a la apendicitis aguda con el 9.9%, cálculo de la vesícula biliar con colecistitis aguda con el 8.1% y apendicitis aguda con absceso peritoneal con el 3.1%.

### Primeras causas de morbilidad de consulta externa 2021

| CIE 10 | DIAGNÓSTICO | % |
|---|---|---|
| **K359** | Apendicitis aguda, no especificada | 17.2% |
| **K800** | Cálculo de la vesícula biliar con colecistitis aguda | 13.3% |
| **K351** | Apendicitis aguda con absceso peritoneal | 3.3% |
| **K802** | Cálculo de la vesícula biliar sin colecistitis | 2.2% |
| **N939** | Hemorragia vaginal y uterina anormal, no especificada | 1.9% |
| **K804** | Cálculo de conducto biliar con colecistitis | 1.7% |
| **N390** | Infección de vías urinarias, sitio no especificado | 1.7% |
| **D259** | Leiomioma del útero, sin otra especificación | 1.3% |
| **K922** | Hemorragia gastrointestinal, no especificada | 1.3% |
| **K350** | Apendicitis aguda con peritonitis generalizada | 1.2% |

**Fuente:** Dinámica gerencial

### Primeras causas de morbilidad de consulta externa 2024

| CIE 10 | DIAGNÓSTICO | % |
|---|---|---|
| **K359** | Apendicitis aguda, no especificada | 9.9% |
| **K800** | Cálculo de la vesícula biliar con colecistitis aguda | 8.1% |
| **K351** | Apendicitis aguda con absceso peritoneal | 3.1% |
| **K565** | Adherencias intestinales con obstrucción | 2.5% |
| **N390** | Infección de vías urinarias, sitio no especificado | 2.4% |
| **K350** | Apendicitis aguda con peritonitis generalizada | 1.8% |
| **K802** | Cálculo de la vesícula biliar sin colecistitis | 1.6% |
| **K804** | Cálculo de conducto biliar con colecistitis | 1.6% |
| **K808** | Otras colelitiasis | 1.5% |
| **K409** | Hernia inguinal unilateral o no especificada, sin obstrucción | 1.3% |

**Fuente:** Dinámica gerencial, corte a septiembre 2024

## Morbilidad por Egreso Hospitalario

Para el año 2021 la principal causa de hospitalización en Niquía fue infección de vías urinarias y en Autopista fue cálculo de la vesícula biliar con colecistitis aguda, mientras que para el año 2024 con corte a septiembre, dentro de las primeras causas de la sede Niquía se ubicó la bronquiolitis aguda, la infección de vías urinarias y la diarrea y gastroenteritis; para la sede Autopista dentro de las primeras causas de morbilidad en hospitalización se encontró la infección de vías urinarias, seguida de la enfermedad pulmonar crónica con exacerbación aguda y el cálculo de la vesícula biliar con colecistitis aguda; ambas sedes, presentan una similitud en los diagnósticos de hospitalización por grupos, donde priman las causas asociadas a enfermedades del sistema respiratorio, digestivo y genitourinario.

### Diez primeras causas de egreso hospitalario sede Niquía 2024

| CIE 10 | DIAGNÓSTICO | % |
|---|---|---|
| **J219** | Bronquiolitis aguda, no especificada | 12.4% |
| **N390** | Infección de vías urinarias, sitio no especificado | 10.1% |
| **A09X** | Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso | 8.1% |
| **J459** | Asma, no especificada | 6.2% |
| **J159** | Neumonía bacteriana, no especificada | 5.9% |
| **J189** | Neumonía, no especificada | 5.7% |
| **J46X** | Estado asmático | 5.6% |
| **J069** | Infección aguda de las vías respiratorias superiores, no especificada | 2.2% |
| **A689** | Fiebre recurrente, no especificada | 2.0% |
| **J22X** | Infección aguda no especificada de las vías respiratorias inferiores | 1.6% |

**Fuente:** Dinámica gerencial, corte a septiembre 2024

### Diez primeras causas de egreso hospitalario sede Autopista 2024

| CIE 10 | DIAGNÓSTICO | % |
|---|---|---|
| **N390** | Infección de vías urinarias, sitio no especificado | 6.0% |
| **J441** | Enfermedad pulmonar obstructiva crónica con exacerbación aguda, no especificada | 5.2% |
| **K800** | Cálculo de la vesícula biliar con colecistitis aguda | 3.3% |
| **I500** | Insuficiencia cardiaca congestiva | 2.4% |
| **J449** | Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, no especificada | 2.2% |
| **J189** | Neumonía, no especificada | 2.1% |
| **K922** | Hemorragia gastrointestinal, no especificada | 1.9% |
| **A419** | Septicemia, no especificada | 1.7% |
| **J159** | Neumonía bacteriana, no especificada | 1.7% |
| **N189** | Insuficiencia renal crónica, no especificada | 1.7% |

**Fuente:** Dinámica gerencial, corte a septiembre 2024

## Morbilidad por Urgencias

Al observar el perfil de morbilidad en urgencias para el año 2024, se identificaron como primeras causas en Niquia a la diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso con el 10.7%, seguido de infección aguda de las vías respiratorias superiores con el 9.7% y fiebre recurrente con el 4.7%, mientras que para Autopista, en primer lugar se ubica el diagnóstico de infección de vías urinarias con el 6.8%, seguido de enfermedad pulmonar obstructiva crónica con exacerbación aguda y otros trastornos funcionales especificados del intestino con el 4.7 y 1.9% respectivamente.

### Diez primeras causas de consulta por urgencias sede Niquía 2024

| CIE 10 | DIAGNÓSTICO | % |
|---|---|---|
| **A09X** | Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso | 10.7% |
| **J069** | Infección aguda de las vías respiratorias superiores, no especificada | 9.7% |
| **A689** | Fiebre recurrente, no especificada | 4.7% |
| **B349** | Infección viral, no especificada | 4.5% |
| **K598** | Otros trastornos funcionales especificados del intestino | 4.5% |
| **N390** | Infección de vías urinarias, sitio no especificado | 4.5% |
| **A083** | Otras enteritis virales | 4.1% |
| **J22X** | Infección aguda no especificada de las vías respiratorias inferiores | 3.2% |
| **J219** | Bronquiolitis aguda, no especificada | 3.0% |
| **J46X** | Estado asmático | 2.6% |

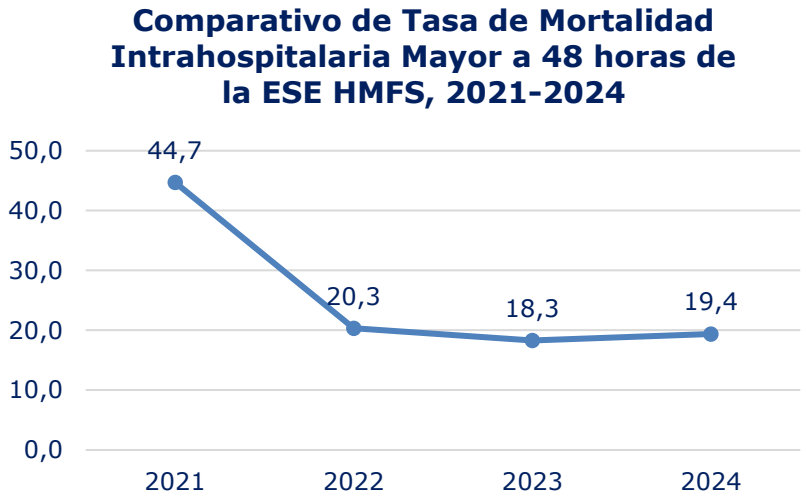
**Fuente:** Dinámica gerencial, corte a septiembre 2024

### Diez primeras causas de consulta por urgencias sede Autopista 2024

| CIE 10 | DIAGNÓSTICO | % |
|---|---|---|
| **N390** | Infección de vías urinarias, sitio no especificado | 6.8% |
| **J441** | Enfermedad pulmonar obstructiva crónica con exacerbación aguda, no especificada | 4.7% |
| **K598** | Otros trastornos funcionales especificados del intestino | 1.9% |
| **N23X** | Cólico renal, no especificado | 1.8% |
| **I209** | Angina de pecho, no especificada | 1.7% |
| **J189** | Neumonía, no especificada | 1.6% |
| **J449** | Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, no especificada | 1.6% |
| **I500** | Insuficiencia cardiaca congestiva | 1.6% |
| **J159** | Neumonía bacteriana, no especificada | 1.5% |
| **A09X** | Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso | 1.2% |

**Fuente:** Dinámica gerencial, corte a septiembre 2024

Según la siguiente gráfica, la tasa de mortalidad intrahospitalaria mayor a 48 horas disminuyó significativamente entre el 2022 y el 2024. El pico presentado en el año 2021 se debió a la pandemia de Covid-19.




**Fuente:** Dinámica Gerencial y RUAF-ND
***Año 2024:** Periodo de enero a septiembre

En el periodo de enero a septiembre 2024, se presentaron 461 muertes a nivel intrahospitalario, donde un 64,4% se produjo 48 horas después de ingresar a la institución. El 59.3% de los pacientes que fallecieron procedían del municipio de Bello, el 12.4% eran del distrito de Medellín, y los otros pacientes procedían de municipios del suroeste, oriente, occidente y norte de Antioquia.

En este mismo periodo, la edad máxima de los pacientes que fallecieron fue de 104 años y la más frecuente de 85 años; el 86% de los fallecidos tenían una edad igual o superior a los 60 años. El 52.8 % eran mujeres y el 46.2 % correspondieron a hombres.

El 62.6% de los pacientes que fallecieron pertenecían a Savia Salud, seguido de pacientes afiliados a Nueva EPS con un 20.5%, en tercer lugar, se encuentra Sura con un 4.4%, las demás aseguradoras presentaron menos casos.

## Causas de mortalidad hospitalaria 2024

| N° | NOMBRE DEL DIAGNÓSTICO | CANTIDAD | PORCENTAJE |
|---|---|---|---|
| **1** | Sepsis de diferentes causas | 118 | 25.6% |
| **2** | Neumonías | 82 | 17.8% |
| **3** | Enfermedad pulmonar obstructiva crónica | 47 | 10.2% |
| **4** | Cáncer de diferentes causas | 35 | 7.6% |
| **5** | Infecciones del tracto urinario | 28 | 6.1% |
| **6** | Infarto agudo al miocardio | 24 | 5.2% |
| **7** | Insuficiencia cardiaca congestiva | 19 | 4.1% |
| **8** | Hemorragias del tracto digestivo | 12 | 2.6% |
| **9** | Enfermedad renal crónica | 11 | 2.4% |
| **10** | Enfermedad cerebro vascular | 11 | 2.4% |
| **11** | Otras causas | 74 | 16.1% |
| **TOTAL** | | **461** | **100.0%** |

**Fuente:** Dinámica gerencial, con corte a septiembre 2024

El perfil institucional de mortalidad durante el 2024 proyecta una tendencia con predominio en las patologías infecciosas siendo el 49.5% del total, seguido de enfermedades crónicas pulmonares con el 10.2% y las enfermedades neoplásicas con el 7.6%.

### 5.5.2. Análisis técnico financiero de la ESE

**Indicadores de liquidez, solidez, endeudamiento y rentabilidad:**

| AÑO | dic-19 | dic-23 |
|---|---|---|
| Razón corriente | 1,68 | 1,82 |
| Solidez | 1 | 2,51 |
| Endeudamiento total | 44% | 40% |
| Índice de propiedad | 79% | 66% |
| Rotación de cuentas por cobrar– días | 375 | 107 |
| Rotación de pasivos - días | 260 | 120 |

**Fuente:** Dinámica gerencial, con corte a septiembre 2024

El hospital fue calificado "riesgo bajo" según resolución 980 de 2024 del ministerio de salud y protección social.

Se solicitó la calificación de riesgo crediticio a través de la firma FITCH RATINGS, obteniendo calificación favorable: *Calificaciones nacionales de largo y corto plazo de 'A(col)' y 'F1(col)',* respectivamente.

En el PGIR la ESE planeó cancelar la mayor parte de las acreencias, entre ellas lo correspondiente a recursos de estampillas, logrando con corte a 30 de diciembre un 98.97% de gestión efectiva de pago, por valor de $50.229.591.203 de un saldo inicial de $50.750.234.175. Quedando solo un saldo de $520.642.972 (1.03 %).

## CONDICIONES FINANCIERAS ACTUALES

### Estado de situación financiera individual

El estado de situación financiera es un informe contable que refleja la situación financiera de un ente económico a una fecha determinada. Su estructura la conforman cuentas de activo, pasivo y patrimonio o capital, de este último hace parte la utilidad del ejercicio.

### Histórico de activos

| ACTIVO | dic-21 | dic-22 | dic-23 | sep-24 |
|---|---|---|---|---|
| **CORRIENTE** | **$ 56.769.020.461** | **$ 69.643.554.190** | **$ 73.268.445.330** | **$ 86.344.038.356** |
| Efectivo | $ 5.652.332.493 | $ 5.180.156.115 | $ 4.480.765.970 | $ 1.200.594.678 |
| Inversiones | $ 0 | $ 13.538.043.173 | $ 79.516.169 | $ 0 |
| Cuentas por cobrar | $ 27.574.598.322 | $ 26.411.523.415 | $ 43.897.009.848 | $ 61.115.949.911 |
| Inventarios | $ 2.306.361.429 | $ 2.614.003.228 | $ 2.756.834.241 | $ 2.139.402.847 |
| Otros activos | $ 21.235.728.216 | $ 21.899.828.259 | $ 22.054.319.102 | $ 21.888.090.921 |
| **NO CORRIENTE** | **$ 45.337.106.683** | **$ 48.517.999.585** | **$ 53.580.391.177** | **$ 56.826.954.705** |
| Inversiones | $ 39.940.630 | $ 43.940.630 | $ 48.580.630 | $ 53.780.630 |
| Cuentas por cobrar | $ 1.702.232.790 | $ 1.512.922.360 | $ 1.970.338.772 | $ 3.887.572.715 |
| Préstamos por cobrar | $ 149.216.338 | $ 79.164.747 | $ 52.361.543 | $ 40.879.784 |
| Prop. planta y eq. | $ 27.249.825.459 | $ 32.133.471.275 | $ 40.296.524.671 | $ 41.428.359.897 |
| Otros activos | $ 16.195.891.465 | $ 14.748.500.573 | $ 11.212.585.561 | $ 11.416.361.679 |
| **TOTAL, ACTIVO** | **$102.106.127.143** | **$ 118.161.553.776** | **$ 126.848.836.507** | **$ 143.170.993.061** |

**Fuente:** Estados Financieros 2021-2024

Los activos totales del hospital durante el año 2021 ascendían a $102.106.127.143, de los cuales los de mayor importancia eran las cuentas por cobrar y la propiedad, planta y equipo, lo que se considera natural en consideración al tipo de empresa, que requiere grandes volúmenes de infraestructura y tecnología para funcionar, que además vende casi el 100% de sus servicios a crédito.

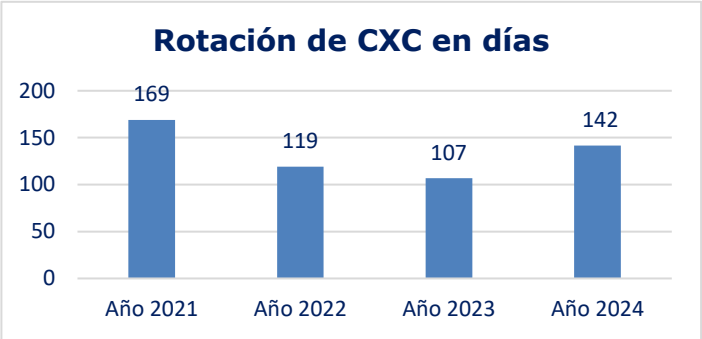
Los buenos resultados financieros obtenidos durante el año 2021 continúan para el año 2022, en el que se reflejó un mejoramiento de los bienes y derechos del hospital, que alcanzaron la suma de $118.161.553.776, con un porcentaje de incremento del 16% frente al año anterior. Esta tendencia de crecimiento de los activos se ha mantenido durante los tres años posteriores, que se evidencia en

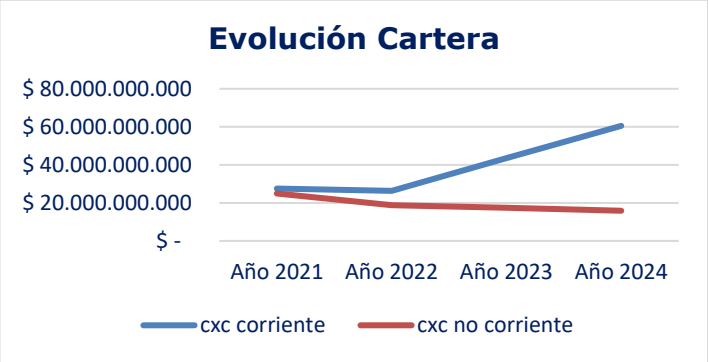
unos activos totales en septiembre de 2024 por valor de $143.170.993.061, es decir, con una evolución equivalente al 40% respecto al año 2021.
Las variaciones más representativas en el activo son:

- El aumento en las cuentas por cobrar corrientes (saldos inferiores a 360 días de vencimiento), que se da por cuenta de la negación de la EPS clientes a pagar los compromisos y las cuentas. Esta situación ha agudizado desde el segundo trimestre de 2024.
- Durante 2022 se contaba con un valor importante depositado en fiducia de manera temporal de los recursos destinados a la adquisición de dotación para las nuevas áreas (inversiones que iniciaron en el año 2022) y que se reducen al cierre del año 2023 producto de la ejecución del rubro inversión tanto en infraestructura y mobiliario hospitalario, buscando mejorar el confort de los pacientes y colaboradores.
- Altas inversiones en activos fijos por la dotación de los quirófanos y servicio de ginecobstetricia, que fueron financiadas parcialmente con recursos del crédito bancario suscrito en 2022 por $10.000 millones, y adicionalmente, con subvenciones aportadas por el Departamento de Antioquia y el Ministerio de Salud.

**Cuentas por cobrar**

La Rotación de las cuentas por cobrar presentan una fluctuación inusual, ya que desde 2021 a 2023 se redujo considerablemente, pero durante el último año se vio afectado por la dinámica del recaudo de SAVIA SALUD quien aporta de manera importante en los flujos de recursos recaudados y con la medida de intervención de Supersalud el Giro directo aportó un menor valor en varios meses del año sobre todo los iniciales del 2024. Sin embargo, el Hospital logra afianzar su dinámica en mayor facturación que alcanza a superar el promedio mes de $12.120 millones facturados, radicación de $12.651 millones y recaudo de $13.395 millones para el cierre del septiembre 2024.




**Fuente:** Estados Financieros 2021-2024

## Pasivo y patrimonio

| PASIVO | dic-21 | dic-22 | dic-23 | sep-24 |
|---|---|---|---|---|
| **CORRIENTE** | **$29.677.101.054** | **$28.416.142.870** | **$40.237.405.812** | **$55.587.735.838** |
| Préstamos por pagar | $- | $1.500.000.000 | $10.080.986.667 | $10.066.079.163 |
| Cuentas por pagar | $28.619.464.936 | $24.546.397.543 | $29.177.413.611 | $43.481.996.167 |
| Beneficios a los empleados | $777.334.310 | $795.411.606 | $896.194.953 | $1.353.308.742 |
| Pasivos estimados | $- | $801.250.650 | $- | $- |
| Otros pasivos | $280.301.808 | $773.083.072 | $82.810.581 | $686.351.766 |
| **NO CORRIENTE** | **$10.452.519.722** | **$18.806.016.148** | **$10.231.852.875** | **$9.750.234.370** |
| Préstamos por pagar | $- | $7.997.771.629 | $- | $- |
| Beneficios a los empleados | $3.818.552.425 | $4.571.153.866 | $5.002.023.003 | $5.004.521.631 |
| Pasivos estimados | $6.633.967.297 | $6.237.090.653 | $5.229.829.872 | $4.745.712.739 |
| **TOTAL, PASIVO** | **$40.129.620.776** | **$47.222.159.018** | **$50.469.258.687** | **$65.337.970.208** |
| **PATRIMONIO** | **$61.976.506.368** | **$70.939.394.757** | **$76.379.577.820** | **$77.833.022.853** |
| Patrimonio institucional | $46.700.519.531 | $55.926.090.954 | $64.545.140.058 | $69.626.675.436 |
| Resultados del ejercicio | $9.225.571.423 | $8.619.049.105 | $5.081.535.377 | $1.427.452.034 |
| Resultados ejercicios anteriores | $6.050.415.414 | $6.394.254.699 | $6.752.902.384 | $6.778.895.384 |
| **TOTAL, PASIVO Y PATRIMONIO** | **$102.106.127.143** | **$118.161.553.776** | **$126.848.836.507** | **$143.170.993.061** |

**Fuente:** Estados Financieros 2021-2024

Durante el año 2021 con relación a los pasivos se logró disminuir las cuentas por pagar respecto al año 2020 y se actualizaron obligaciones tales como el pasivo pensional, y además el incremento en la provisión del cálculo para las demandas en aplicación de la metodología emitida por la Contaduría General de la Nación y la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado.

Se continuó con importantes logros para el año 2022 que implicó mantener una muy buena dinámica en los pagos a proveedores y contratistas al haber logrado una disminución en las cuentas por pagar al cierre del año 2022 del 14% frente al año anterior, lo que se logró con un buen flujo de tesorería, consiguiendo con una disminución de $4.073.067.393.

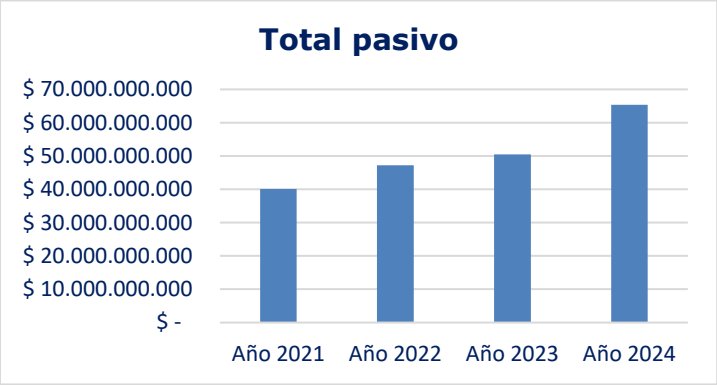
Todo lo anterior gracias a una mejora en la situación de liquidez, al saneamiento de deudas y al pago de saldos por demandas con cargo a los depósitos judiciales y recursos del Hospital. Igualmente, la labor adelantada para sanear la deuda acumulada por concepto de estampillas, contribución especial con la Gobernación e impuesto predial con el Municipio de Bello, permitió que el Hospital lograra acuerdos de pago por $5.690.760.368 y $939.156.692 respectivamente, lo que conllevó varios beneficios:

- Obtener el beneficio tributario por disminución de intereses por mora en $348.127.733 con el Municipio y $3.738.091.805 con la Gobernación.
- Planear el flujo de caja para la amortización de la deuda.
- Lograr sanear la deuda por estampillas y detener el cobro de nuevos intereses.
- Finalizar procesos de cobro coactivo que fueron imputados desde el año 2018 contra el hospital.

Para el año 2022 el efecto en el pasivo no corriente refleja un incremento de la cuenta de Préstamos por pagar, que al concretarse la Operación de Crédito de $10.000.000.000 con el Banco de Bogotá, y de un aumento del 18% en los Pasivos totales frente al año 2021.

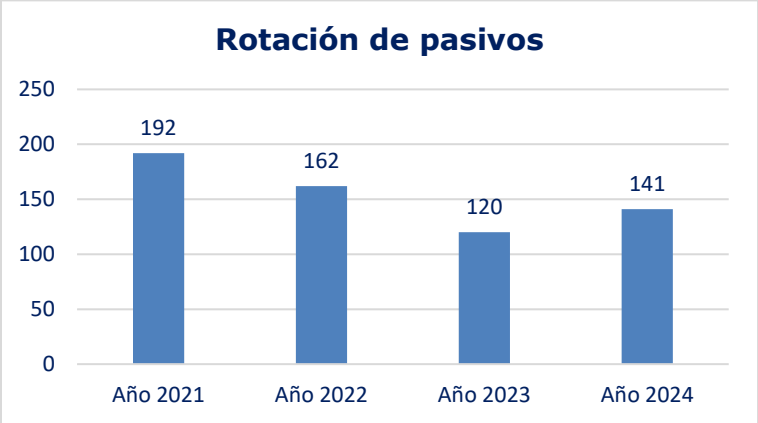
A pesar de todo lo anterior, para el año 2023 la situación del endeudamiento se fue transformando negativamente, expresándose en un incremento de los pasivos totales en $3.247 millones respecto a 2022, con acumulación de deudas con proveedores. Favorablemente se observa que, por la gestión jurídica entre otras variables que la provisión para cubrir demandas disminuyó, y que ésta mantuvo esa tendencia durante el año 2023 y 2024.

Durante el año 2024 ya se aprecia unos pasivos superiores al año 2021 en $25.208.349.432, alcanzando a superar los pasivos de la época de suscripción del PGIR. Claramente estos pasivos se acumularon en las cuentas por pagar a proveedores y contratistas y en el crédito bancario, que durante los dos años transcurridos desde el desembolso (septiembre de 2022), no ha tenido ningún abono a capital.




**Fuente:** Estados Financieros 2021-2024

**Rotación de pasivos**: Este indicador mostró una mejora en los días promedio que la ESA demora en cancelar sus obligaciones, pasando de 192 días en el año 2021 a 120 días para el cierre del año 2023, pero que para 2024 se ha ido incrementando nuevamente hasta alcanzar 141 días.




**Fuente:** Estados Financieros 2021-2024

Respecto al patrimonio del Hospital, continúa fortaleciéndose con efectos positivos en los resultados acumulados logrando al mes de septiembre 2024 un valor de $77.833.022.853 con un incremento del 26% respecto a 2021.

## Estado de resultados

| | dic-21 | dic-22 | dic-23 | sep-24 |
|---|---|---|---|---|
| Servicios de salud | $87.228.509.094 | $94.350.751.826 | $126.614.608.530 | $109.084.068.694 |
| Venta de bienes | $1.111.810 | $- | $- | $- |
| Transferencias y Subvenciones para la operación | $1.096.985.480 | $- | $- | $84.000.000 |
| **INGRESOS OPERACIONALES** | **$88.326.606.384** | **$94.350.751.826** | **$126.614.608.530** | **$109.168.068.694** |
| | | | | |
| Costos | $67.451.213.488 | $73.726.263.875 | $109.009.773.681 | $96.101.595.167 |
| Gastos de administración | $7.706.387.607 | $10.105.979.118 | $11.881.228.574 | $8.614.045.344 |
| Depreciaciones y amortizaciones | $4.112.999.061 | $487.367.424 | $1.962.254.011 | $1.404.047.854 |
| **TOTAL, COSTOS Y GASTOS** | **$79.270.600.157** | **$84.319.610.418** | **$122.853.256.266** | **$106.119.688.365** |
| | | | | |
| **UTILIDAD/PERDIDA OPERACIONAL** | **$9.056.006.227** | **$10.031.141.408** | **$3.761.352.264** | **$3.048.380.329** |
| Más subvenciones | $3.880.624.075 | $4.141.542.953 | $2.042.409.449 | $3.759.249.141 |
| Más otros ingresos | $2.251.999.151 | $2.546.315.808 | $5.029.800.518 | $1.332.382.342 |
| Menos otros gastos | $5.963.058.031 | $8.099.951.063 | $5.752.026.853 | $6.712.559.778 |
| **UTILIDAD/PERDIDA NETA DEL EJERCICIO** | **$9.225.571.423** | **$8.619.049.105** | **$5.081.535.377** | **$1.427.452.034** |
| | | | | |
| **MARGEN OPERACIONAL** | **10,3%** | **10,6%** | **3,0%** | **2,8%** |
| **MARGEN NETO** | **10,4%** | **9,1%** | **4,0%** | **1,3%** |

**Fuente:** Estados Financieros 2021-2024

Los ingresos operacionales con corte a septiembre de 2024 ascienden a $109.168.068.694, dentro de los cuales se encuentra no solo la facturación cobrada sino las ordenes de servicio o cargos por servicios aún no facturados, que corresponden a pacientes "acostados". Estos ingresos se han venido incrementando paulatinamente durante los últimos años, debido a la apertura de nuevos servicios y el aumento de la capacidad instalada. Por ello pasaron de un promedio mensual de $7.269 millones en 2021 a $12.120 millones en 2024.

Así mismo, durante los años 2021 y 2024 se incluyeron subvenciones asociadas a la operación, que provienen de la ejecución de convenios clasificados como subvenciones, pero que implican asumir costos y gastos para su ejecución.

En el informe de producción se puede evidenciar la evolución de los servicios y la capacidad instalada, teniendo presente que el período 2024 contiene solo 9 meses:

| Variable | 2021 | 2022 | 2023 | A septiembre 2024 |
|---|---|---|---|---|
| **Camas de hospitalización** | 236 | 236 | 316 | 293 |
| **Total, de egresos** | 14.859 | 18.232 | 20.139 | 15.297 |
| **Porcentaje Ocupacional** | 87,3 | 90,32 | 94,48 | 93,11 |
| **Promedio Días Estancia** | 4,97 | 5,19 | 5,07 | 5,06 |
| **Giro Cama** | 62,96 | 77,25 | 63,73 | 72,13 |
| **Consultas Electivas** | 6.216 | 7.913 | 8.680 | 11.555 |
| **Consultas de medicina general urgentes realizadas** | 54.878 | 79.975 | 92.515 | 75.443 |
| **Consultas de medicina especializada urgentes realizadas** | 8.898 | 17.956 | 21.467 | 15.550 |
| **Total, de cirugías realizadas (Sin incluir partos y cesáreas)** | 4.308 | 4.653 | 5.288 | 3.900 |
| **Número de partos** | 17 | 32 | 16 | 294 |
| **% Partos por cesárea** | 0 | 3,13 | 0 | 161 |
| **Exámenes de laboratorio** | 343.224 | 373.567 | 443.712 | 362.645 |
| **Número de imágenes diagnósticas tomadas** | 31.106 | 54.564 | 72.237 | 55.907 |
| **Dosis de biológico aplicadas** | 33.860 | 4.478 | 0 | 329 |

**Fuente:** Matriz de producción 2021-2024

A su vez, la producción ha impactado en el aumento de los costos de ventas, que para el mes de septiembre de 2024 ascienden a $96.101.595.167 y representan el 88% de los ingresos operacionales. Comparando con el promedio mensual de los años anteriores vemos que en 2021 era de $5.621 millones, en 2022 era de $6.143, en 2023 era de $9.084 mientras que en 2024 es de $10.678.

Las proporciones entre costos e ingresos se han venido transformando, verificando que en 2021 eran del 76% y en 2024 son del 88%, esto debido al aumento en los niveles de producción.

A septiembre de 2024 los gastos de administración ascienden a $8.614.045.344, representando el 8% respecto a los ingresos, y que en términos de promedio evolucionaron así: año 2021 $642 millones, año 2022 $842 millones, año 2023 $990 millones y año 2024 $957 millones. Como se observa, de 2024 a 2023 han disminuido, situación muy positiva en términos de rentabilidad.

Como parte de los gastos operacionales se encuentra la depreciación de orden administrativo y el deterioro, que ascienden a $1.404.047.854 y representan el 1% de los ingresos operacionales.

La utilidad operacional del período septiembre 2024 es de $3.048.380.329, que corresponde a un margen operacional de 2.8%, que ha disminuido respecto a los tres años anteriores, básicamente por el aumento de los costos de ventas. Sin embargo, es importante resaltar que la ESE Hospital ha obtenido en total utilidades operacionales desde 2021 hasta 2024 por valor de $25.896.880.228, demostrando que la entidad puede ser autosostenible y generar valor económico positivo en la prestación del servicio de salud.

Posterior a la utilidad operacional se aplican los otros ingresos y otros gastos, que inciden en la utilidad neta. Los otros ingresos son de dos tipos: las subvenciones y los no operacionales. Los otros gastos se componen de diversos conceptos.

Esas subvenciones provienen de los aportes y transferencias que se reciben de otras entidades públicas y privadas para ejecutar proyectos de inversión o para fortalecimiento institucional, que para 2024 ascienden a $3.759.249.141.

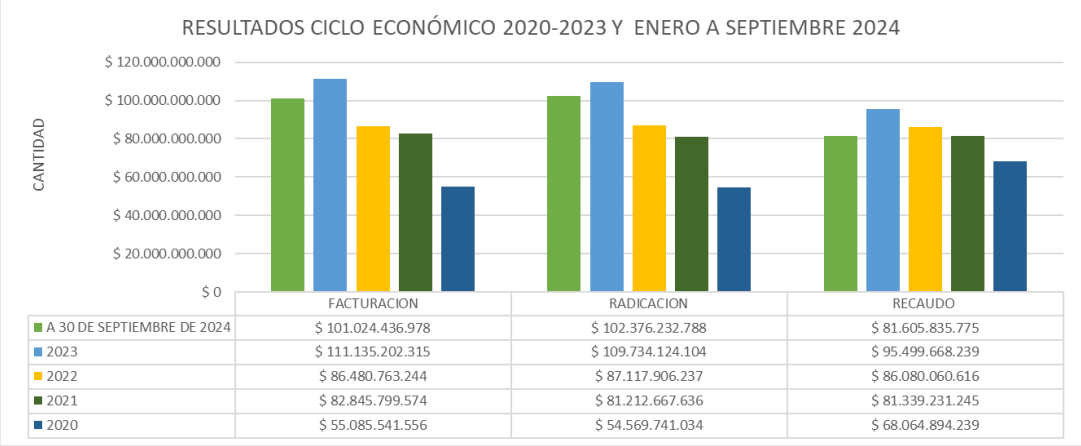
A lo largo de los años estas subvenciones han representado un capítulo importante para la empresa, generando un efecto positivo en la utilidad neta, y que cuantificados de forma acumulada en las cuatro vigencias ascienden a $18.155 millones, recursos que básicamente se han utilizado para el fortalecimiento institucional y para la dotación de nuevos servicios.

La utilidad neta a septiembre de 2024 asciende a $1.427.452.034 y representa un margen neto de 1.3%, que ha venido en descenso desde el año anterior. Esto se ratifica en la evolución del indicador EBITDA.

| | 2024 | 2023 | 2022 | 2021 |
|---|---|---|---|---|
| **Margen EBITDA** | 5,32% | 5,70% | 15,78% | 18,91% |

**Fuente:** Estados Financieros 2021-2024

Finalmente es importante indicar que en los años 2023 y 2024 el sistema de salud en Colombia se vio afectado por la disminución de flujo de recursos en toda la cadena, lo que llevó a que el flujo de caja se viera afectado por una brecha entre el valor facturado y el valor recaudado con algunas EPS cómo Savia Salud y Coosalud, a pesar de esto el hospital ha mantenido los recursos económicos suficientes para cumplir con sus obligaciones estando al día en pago de nómina, recurso humano proveedores y estar libre de embargos.




**Fuente:** Informes consolidados Ciclo Económico 2021-2024

| AÑO | FACTURACION | RADICACION | RECAUDO |
|---|---|---|---|
| Septiembre de 2024 | $ 101.024.436.978 | $ 102.376.232.788 | $ 81.605.835.775 |
| 2023 | $ 111.135.202.315 | $ 109.734.124.104 | $ 95.499.668.239 |
| 2022 | $ 86.480.763.244 | $ 87.117.906.237 | $ 86.080.060.616 |
| 2021 | $ 82.845.799.574 | $ 81.212.667.636 | $ 81.339.231.245 |

**Fuente:** Informes consolidados Ciclo Económico 2021 a septiembre de 2024

## Indicadores financieros

Presentamos a continuación la evolución durante el período 2021- 2024 para los principales Indicadores Financieros, resaltando en varios de ellos un comportamiento positivo que traduce en una gestión de Sostenibilidad Económica y Financiera.

| AÑO | dic-21 | dic-22 | dic-23 | sep-24 |
|---|---|---|---|---|
| **Razón corriente** | 1,91 | 2,45 | 1,82 | 1,55 |
| **Solidez** | 2,54 | 2,5 | 2,51 | 2,19 |
| **Endeudamiento total** | 39% | 40% | 40% | 46% |
| **Índice de propiedad** | 65% | 67% | 66% | 84% |
| **Margen EBITDA** | 18,91% | 15,78% | 5,70% | 5,32% |
| **Margen operativo** | 10,25% | 10,63% | 3,00% | 2,79% |
| **Margen neto** | 10,44% | 9,14% | 4,01% | 1,31% |
| **Rotación de cuentas por cobrar– días** | 169 | 119 | 107 | 142 |
| **Rotación de pasivos - días** | 192 | 162 | 120 | 141 |

**Fuente:** Estados Financieros 2021-2024

## Calificación de riesgo crediticio - FITCH RATINGS COLOMBIA

En octubre de 2022, con el fin de acceder al crédito bancario para ejecutar el plan de inversiones, se solicitó la calificación de riesgo crediticio a través de la firma FITCH RATINGS, obteniendo calificación favorable y que se traduce en el resultado de un ejercicio económico y financiero que se espera sostenible en el tiempo.
*Acción de Calificación: Fitch Ratings asignó las calificaciones nacionales de largo y corto plazo de 'A(col)' y 'F1(col)', respectivamente, a la Empresa Social del Estado Hospital Marco Fidel Suárez (ESE HMFS). La Perspectiva de la calificación de largo plazo es Estable.*

En diciembre 2023 se realiza la actualización de la calificación de riesgo crediticio a través de la firma FITCH RATINGS, obteniendo calificación B (col) Observación Negativa.

La calificación tuvo una disminución derivada principalmente por factores del mercado y el riesgo del sector, así mismo, por una baja en los márgenes operacionales y netos, ajustados por un mayor incremento en los costos y gastos de operación por impacto de la inflación, aumento del salario mínimo y las devaluaciones proyectadas que no fueron absorbidas por la tarifa de manera proporcional.

## Bienes muebles e inmuebles

Se debe resaltar el importante crecimiento en Propiedad, planta y equipo y el rubro Equipo médico científico, así como muebles y enseres, lo que refleja la puesta en marcha del Plan de Inversiones del Hospital que busca la modernización de su infraestructura, mejorar la dotación y entregar a los usuarios un Hospital seguro y confortable dentro del pilar de Humanización en la atención hospitalaria. Así mismo, la puesta en marcha del servicio de ginecobstetricia, con la proyección y las inversiones dispuestas para instalar las UCI Neonatales.

| | dic-21 | dic-22 | dic-23 | sep-24 |
|---|---|---|---|---|
| Propiedad, planta y equipo | $27.249.825.459 | $32.133.471.275 | $40.296.524.671 | $41.428.359.897 |
| Terrenos | $8.273.078.111 | $8.273.078.111 | $8.273.078.111 | $8.273.078.111 |
| Construcciones en curso | $5.658.412.997 | $- | $692.818.000 | $981.369.762 |
| Edificaciones | $7.636.098.667 | $15.499.433.215 | $15.468.818.106 | $15.468.818.106 |
| Plantas, ductos y túneles | $106.708.730 | $36.315.885 | $36.315.885 | $36.315.885 |
| Redes, líneas, cables | $137.459.097 | $137.459.097 | $137.459.097 | $202.725.628 |
| Maquinaria y equipo | $209.970.108 | $291.461.687 | $1.310.186.709 | $1.476.768.934 |
| Equipo médico científico | $7.841.053.539 | $11.187.747.109 | $14.532.269.855 | $17.371.115.490 |
| Muebles y enseres | $2.487.879.726 | $2.760.096.364 | $5.330.361.574 | $5.601.409.281 |
| Equipos de comunicación y computación | $2.208.739.053 | $1.991.884.900 | $4.467.674.946 | $4.497.968.475 |
| Equipo de transporte | $263.649.822 | $- | $301.700.000 | $301.700.000 |
| Equipo comedor y cocina | $1.417.220 | $2.000.320 | $4.466.321 | $6.142.620 |
| Depreciación acumulada (cr) | -$7.510.748.079 | -$8.046.005.413 | -$10.258.623.933 | -$12.789.052.395 |
| Deterioro prop, planta y equipo (cr) | -$63.893.532 | $- | $- | $- |

**Fuente:** Estados Financieros 2021-2024

Como se observa, el equipo médico científico se ha incrementado con respecto a 2021 en $9.530.061.951, los equipos de cómputo en $2.289.229.422, los muebles y enseres en $31.113.529.555 y la maquinaria y equipo en $1.266.798.826. Todo ello por la ejecución de un plan de inversiones y los proyectos de dotación que fueron cofinanciados por el Ministerio de Salud y la Gobernación de Antioquia además de los recursos que obtuvo el hospital con un préstamo bancario por $10.000 millones suscrito en el año 2022.

### 5.5.3. Sistema de información y atención al usuario

El proceso de Atención al Usuario tiene como objetivo brindar una atención humana y compasiva, con calidad y oportunidad que oriente, informe y responda a los requerimientos de los usuarios de acuerdo con la normatividad vigente y que garantice la satisfacción del usuario.

Por ser un proceso transversal en la institución, requiere la interacción con todas las dependencias y de forma permanente se realiza la gestión necesaria para el cumplimiento de los objetivos planteados.

**Gestión de PQRS-F**

**Objetivo:** Garantizar la recepción y gestión oportuna de las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones (PQRS-F) que presenten los usuarios acerca de los servicios ofrecidos en la ESE.

La institución cuenta con un módulo en el software Dinámica Gerencial (quejas y reclamos) en el cual se realiza el trámite de PQRS-F, estos comentarios son recibidos a través de los diferentes medios institucionales (buzones de sugerencias, correo electrónico, vía telefónica o personal, redes sociales, entre otros) a partir de ahí son ingresados en el sistema y direccionados a la persona responsable de dar respuesta para posteriormente informar al usuario y finalizar con el cierre del comentario. Las peticiones reportadas en 2019 se comenzaron a registrar debido a la solicitud de evidencias sobre el proceso de remisión (ruta) para la gestión con la EPS del paciente buscando celeridad, la respuesta se entrega en menos de dos días por parte del Centro Regulador.

Para este subproceso se socializa con los usuarios el derecho que tienen de manifestar sus opiniones y se hace trazabilidad a las mismas diariamente en comité de gerencia día a día. A continuación, se describe el comportamiento de las PQRS-F de los años 2021, 2022, 2023 y primer, segundo y tercer trimestre 2024.

| Año | Periodo | Quejas | Reclamos | sugerencias | Felicitaciones | Peticiones |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 2021 | Trimestre 1 | 21 | 57 | 2 | 26 | 4 |
| | Trimestre 2 | 14 | 43 | 4 | 54 | 5 |
| | Trimestre 3 | 17 | 61 | 4 | 116 | 16 |
| | Trimestre 4 | 17 | 62 | 10 | 157 | 12 |
| | **Total** | **69** | **223** | **20** | **353** | **37** |
| 2022 | Trimestre 1 | 41 | 97 | 5 | 134 | 17 |
| | Trimestre 2 | 26 | 84 | 22 | 102 | 22 |
| | Trimestre 3 | 26 | 103 | 12 | 135 | 20 |
| | Trimestre 4 | 12 | 66 | 14 | 79 | 28 |
| | **Total** | **105** | **350** | **53** | **450** | **87** |
| 2023 | Trimestre 1 | 24 | 83 | 5 | 64 | 45 |
| | Trimestre 2 | 22 | 95 | 8 | 135 | 57 |
| | Trimestre 3 | 31 | 106 | 21 | **131** | **83** |
| | Trimestre 4 | 12 | 90 | 10 | **75** | **89** |
| | **TOTAL** | **89** | **374** | **44** | **405** | **274** |
| **2024** | **Trimestre 1** | **24** | **60** | **15** | **61** | **98** |
| | Trimestre 2 | 31 | 77 | 10 | 79 | 182 |
| | Trimestre 3 | 40 | 66 | 6 | 90 | 160 |
| | **TOTAL** | **95** | **203** | **31** | **230** | **440** |

**Fuente:** Dinámica Gerencial, módulo de Quejas. Tablero PowerBi

En este subproceso los usuarios se quejan principalmente por **falta de respeto y buen trato, oportunidad en la atención y falta de información**; en las sugerencias y reclamos hacen comentarios referentes a **deficiencias en el aseo, infraestructura, inconformidades con la atención, entre otros**; las felicitaciones, por su parte, se enfocan en la **amabilidad y calidad de la atención**; finalmente las peticiones de información son principalmente de la **ruta realizada por el centro regulador** en los procesos de remisión.

La oportunidad de la respuesta a los comentarios de los usuarios se comportó de la siguiente manera:

| Año | Mes | Oportunidad (días) |
|---|---|---|
| 2021 | Enero | 8.2 |
| | Febrero | 4.4 |
| | Marzo | 2.8 |
| | Abril | 3.5 |
| | Mayo | 2.5 |
| | Junio | 2.9 |
| | Julio | 4.9 |
| | Agosto | 2.6 |
| | Septiembre | 2.3 |
| | Octubre | 3.6 |
| | Noviembre | 2.2 |
| | Diciembre | 2.4 |
| | Enero | 4.3 |

| Año | Mes | Oportunidad (días) |
|---|---|---|
| **2022** | Febrero | 1.3 |
| | Marzo | 1.8 |
| | Abril | 3.2 |
| | Mayo | 2.3 |
| | Junio | 1.9 |
| | Julio | 1.6 |
| | Agosto | 2.5 |
| | Septiembre | 1.8 |
| | Octubre | 1.8 |
| | Noviembre | 2.0 |
| | Diciembre | 1.5 |
| **2023** | Enero | 1.9 |
| | Febrero | 2.3 |
| | Marzo | 2.1 |
| | Abril | 2.2 |
| | Mayo | 1.5 |
| | Junio | 1.4 |
| | Julio | 1.5 |
| | Agosto | 3.0 |
| | Septiembre | 1.5 |
| | Octubre | 2.3 |
| | Noviembre | 1.6 |
| | Diciembre | 1.1 |
| **2024** | Enero | 1.4 |
| | Febrero | 1.9 |
| | Marzo | 1.5 |
| | Abril | 1,39 |
| | Mayo | 0,97 |
| | Junio | 0,62 |
| | Julio | 0,60 |
| | Agosto | 0,58 |
| | Septiembre | 0,66 |

**Fuente:** Dinámica Gerencial, módulo de Quejas

La oportunidad en la respuesta está establecida en **15 días** posteriores a la recepción de los comentarios. Los meses en los cuales no se cumplió la oportunidad en la respuesta se debieron a dificultades por cambio de responsables en los servicios, respuesta a PQRS donde el trámite fue prolongado por investigación y/o búsqueda de claridad en el comentario por lo cual se debía contactar al usuario.

## Aplicación y análisis de encuestas de satisfacción

**Objetivo:** Evaluar el grado de satisfacción de los usuarios a través del diligenciamiento de la encuesta de satisfacción, identificando las falencias en los servicios y de esta manera, ser punto de partida para la realización de planes de mejoramiento.

Las encuestas de satisfacción son realizadas de manera permanente en los diferentes servicios, las preguntas varían según el área y son tabuladas para obtener el porcentaje de satisfacción por servicio, sede y a nivel general. La muestra de encuestas es establecida según la cantidad de pacientes atendidos en el mes anterior, se aplica la fórmula de muestreo determinado en el Manual de Auditoría Interno.

Se ha implementado la reacción inmediata ante las PQRS-F obtenidas a través de encuestas de satisfacción para lograr un impacto mayor en el usuario y solucionar su inconformidad de manera inmediata. Asimismo, se está estableciendo el plan de mejoramiento trimestral para intervenir las principales insatisfacciones manifestadas por los usuarios en los servicios.

| Año | Periodo | Encuestados | Usuarios satisfechos | Usuarios insatisfechos | Porcentaje de satisfacción |
|---|---|---|---|---|---|
| **2021** | Trimestre 1 | 1498 | 1421 | 77 | 95% |
| | Trimestre 2 | 1882 | 1806 | 76 | 96% |
| | Trimestre 3 | 1890 | 1815 | 75 | 96% |
| | Trimestre 4 | 1972 | 1847 | 125 | 94% |
| | **Total** | **7242** | **6889** | **353** | **95%** |
| **2022** | Trimestre 1 | 2079 | 2014 | 65 | 97% |
| | Trimestre 2 | 1939 | 1901 | 38 | 98% |
| | Trimestre 3 | 2079 | 2020 | 59 | 97% |
| | Trimestre 4 | 2143 | 2083 | 60 | 97% |
| | **Total** | **8240** | **8018** | **222** | **97%** |
| **2023** | Trimestre 1 | 2648 | 2487 | 161 | 93.7% |
| | Trimestre 2 | 3212 | 3015 | 197 | 94% |
| | Trimestre 3 | 3077 | 2971 | 112 | 97% |
| | Trimestre 4 | 3044 | 2965 | 79 | 97% |
| | **Total** | **11981** | **11438** | **543** | **95.5%** |
| **2024** | Trimestre 1 | 3038 | 2918 | 120 | 96.1% |
| | Trimestre 2 | 3123 | 3065 | **58** | 98.2% |
| | Trimestre 3 | 3101 | 3071 | 30 | 99% |

**Fuente:** Oficina de Atención al Usuario, Encuestas de satisfacción

## Orientación y Gestión Social

**Objetivo:** Brindar orientación, información y gestión oportuna a las solicitudes de los usuarios y sus acompañantes, permitiéndoles acceder de manera ágil y rápida a los diferentes servicios prestados por la ESE.

A través de este subproceso se direcciona a los usuarios según las necesidades que presentan, asimismo, se realiza la divulgación de derechos y deberes la cual tiene un seguimiento a través de las planillas que firman los usuarios. Desde este subproceso también se interviene según el llamado que se realice desde los servicios para atender situaciones de conflicto, brindar apoyo espiritual (sacerdote) o gestión de elementos de uso personal. Desde septiembre de 2018 se cuenta con el apoyo de Psicología para las intervenciones y apoyo tanto al cliente interno como externo.

Por otro lado, se cuenta con dos Trabajadoras Sociales, quienes intervienen en los casos de vulnerabilidad de los usuarios tales como abuso sexual, abandono, habitantes de calle, maltrato, entre otros. Con este grupo de profesionales se ha consolidado un equipo psicosocial que logra una atención integral a los usuarios y sus familias.

De igual forma, a partir de las afiliaciones institucionales se busca disminuir la atención a pacientes particulares y gestionar su proceso de inclusión en el Sistema de Seguridad Social en Salud.

| Año | Mes | Usuarios atendidos | Trabajo Social | Psicología | Afiliaciones |
|---|---|---|---|---|---|
| **2021** | Trimestre 1 | 475 | 196 | 279 | 452 |
| | Trimestre 2 | 540 | 254 | 286 | 432 |
| | Trimestre 3 | 656 | 343 | 313 | 390 |
| | Trimestre 4 | 851 | 429 | 422 | 323 |
| | **Total** | **2.522** | **1.222** | **1.300** | **1.597** |
| **2022** | Trimestre 1 | 926 | 482 | 444 | 346 |
| | Trimestre 2 | 1.247 | 622 | 625 | 352 |
| | Trimestre 3 | 1.463 | 743 | 720 | 320 |
| | Trimestre 4 | 1.418 | 724 | 694 | 235 |
| | **Total** | **5.054** | **2.571** | **2.483** | **1.253** |
| **2023** | Trimestre 1 | 1.630 | 867 | 763 | 241 |
| | Trimestre 2 | 1.781 | 939 | 842 | 236 |
| | Trimestre 3 | 1.803 | 901 | 902 | 248 |
| | Trimestre 4 | 1.838 | 956 | 882 | 231 |
| | **Total** | **7.052** | **3.663** | **3.389** | **956** |
| **2024** | Trimestre 1 | 1.557 | 776 | 781 | 258 |
| | Trimestre 2 | 1.768 | 880 | 888 | 239 |
| | Trimestre 3 | 2.072 | 956 | 1.116 | 222 |
| | **Total** | **5.397** | **2.612** | **2.785** | **719** |

**Fuente:** Oficina de Atención al Usuario, Admisiones y sistemas de información

## Indicadores reportados al POA

Los indicadores reportados para el cumplimiento del Plan Operativo Anual son medidos a través de las actividades descritas en los subprocesos anteriores, se omite la satisfacción del usuario ya que fue descrita anteriormente:

## Índice combinado de satisfacción

La fórmula para medir este indicador es Número total de sugerencias*3 + Número total de felicitaciones*5 / Número total de reclamaciones en un periodo

Para este indicador la meta es **>7** en el trimestre:

| Año | Mes | Resultado | Trimestre |
|---|---|---|---|
| **2021** | Enero | 9,0 | **8,2** |
| | Febrero | 1,9 | |
| | Marzo | 1,9 | |
| | Abril | 10,4 | **6,5** |
| | Mayo | 3 | |
| | Junio | 6,2 | |
| | Julio | 5,8 | **21,5** |
| | Agosto | 12,3 | |
| | Septiembre | 11,9 | |
| | Octubre | 16,4 | **13,1** |
| | Noviembre | 14,9 | |
| | Diciembre | 9,0 | |
| **2022** | Enero | 7,4 | **7** |
| | Febrero | 12,8 | |
| | Marzo | 14,9 | |
| | Abril | 11,2 | **6,8** |
| | Mayo | 9,4 | |
| | Junio | 12,4 | |
| | Julio | 5,2 | **6,5** |
| | Agosto | 4,4 | |
| | Septiembre | 4,0 | |
| | Octubre | 4,1 | **6,9** |
| | Noviembre | 4,4 | |
| | Diciembre | 3,5 | |
| **2023** | Enero | 5,6 | **5,7** |
| | Febrero | 4,0 | |
| | Marzo | 3 | |
| | Abril | 3,7 | **7,3** |
| | Mayo | 8,0 | |
| | Junio | 10,0 | |
| | Julio | 11,4 | 6,7 |
| | Agosto | 3,8 | |
| | Septiembre | 5,6 | |
| | Octubre | 3,8 | **4,5** |
| | Noviembre | 4,1 | |
| | Diciembre | 7,2 | |
| | Enero | 4,7 | 6,1 |
| | Febrero | 8,6 | |

| Año | Mes | Resultado | Trimestre |
|---|---|---|---|
| **2024** | Marzo | 4,0 | |
| | Abril | 3,5 | 5,5 |
| | Mayo | 8,4 | |
| | Junio | 7,2 | |
| | Julio | 6,2 | 7,1 |
| | Agosto | 12,2 | |
| | Septiembre | 4,9 | |

**Fuente:** Oficina de Atención al Usuario, Encuestas de satisfacción

### 5.5.4. Planta de cargos

La ESE Hospital Marco Fidel Suarez de Bello, actualmente cuenta con una planta de cargos de 100 plazas, de las cuales se encuentran 94 ocupadas, 6 vacantes. De los cargos ocupados, 66 corresponden al nivel asistencial y 28 de tipo administrativo.

Históricamente la planta de cargos cuenta con las siguientes modificaciones:

**Comportamiento de la Planta de cargos 2014-2024**

| PLANTA DE CARGOS | | | |
|---|---|---|---|
| **Año** | **Ocupadas** | **Vacantes** | **Total** |
| **2014** | 80 | 32 | 112 |
| **2015** | 77 | 35 | 112 |
| **2016** | 89 | 19 | 108 |
| **2017** | 92 | 18 | 110 |
| **2018** | 92 | 18 | 110 |
| **2019** | 88 | 22 | 110 |
| **2020** | 89 | 21 | 110 |
| **2021** | 84 | 26 | 110 |
| **2022** | 79 | 31 | 110 |
| **2023** | 76 | 24 | 100 |
| **2024** | 94 | 6 | 100 |

**Fuente:** Oficina de Gestión Humana

**Acuerdo 003 de 2011**

Por medio del cual se aprueba modificación en la planta de cargos. La ESE postuló ante el Ministerio de Salud y Protección Social y el Departamento Nacional de Planeación un estudio técnico y análisis de la situación financiera de la ESE, acompañado de una propuesta de modernización de la estructura administrativa y asistencial para reducir gastos de funcionamiento, racionalizar y optimizar los recursos económicos y hacer viable desde el punto de vista estructural y financiero el hospital. No se desvinculó personal con condiciones

especiales como prepensionables, madres cabeza de familia o personal con incapacidad laboral.

Se hizo necesario suprimir ocho (8) cargos así: Seis auxiliares de enfermería y dos auxiliares de servicios generales, dicha supresión no generó perjuicios a ningún empleado toda vez que nadie ostenta derechos de carrera administrativa sobre estos empleos, por lo cual no hubo lugar a ninguna indemnización.

**Acuerdo 008 de noviembre de 2013**

Por medio del cual se crea el cargo de profesional universitario Facturación, Cartera y Glosas, y el cargo asesor de Control Interno.

**Acuerdo 009 de abril de 2014**

Por medio de este acuerdo se asume una orden judicial de reintegro de un funcionario (médico general medio tiempo).

**Acuerdo 017 de noviembre de 2014**

Por el cual se aprueba la creación de cuatro plazas de servicio social obligatorio en medicina para la operación de los servicios de salud en el municipio de Puerto Triunfo con una asignación salarial igual al personal de la misma profesión, vinculados con la ESE en las mismas condiciones.

**Acuerdo 009 de 2016**

Se suprimen las cuatro plazas de servicio social obligatorio creadas por acuerdo 017 de noviembre de 2014.

**Acuerdo 020 del 30 de octubre de 2017**

Por medio del cual se suprimen cinco plazas de médicos-especialistas, código 213, grado 1 y se cran siete cargos: Cuatro direcciones, 1 asesoría y 2 profesionales universitarios.

**Acuerdo 004 del 22 de mayo de 2019**

Por medio del cual se ajusta y actualiza el manual específico de funciones, requisitos y competencias laborales para los empleados de la planta de personal de la Empresa Social del Estado Hospital Marco Fidel Suárez.

## Acuerdo 07 del 24 de agosto de 2022

Por medio del cual se ajusta el manual específico de funciones, requisitos y competencias laborales para los cargos Asesor Jurídico y director de Gestión Humana de la ESE Hospital Marco Fidel Suárez.

Para el año 2024, la entidad cuenta con 88 servidores públicos de los cuales 11 se encuentran en carrera administrativa, 68 en provisionalidad, 7 de libre nombramiento y remoción y 2 de periodo fijo, así como 12 vacantes, para un total de 100 cargos creados, tal como se detalla a continuación:

## CONFORMACIÓN PLANTA DE CARGOS ESE HOSPITAL MARCO FIDEL SUÁREZ A NOVIEMBRE DE 2024

**NIVEL DIRECTIVO**

| Código | Grado | Denominación | Cargos Creados | Provistos | Vacantes |
|---|---|---|---|---|---|
| 085 | 03 | Gerente | 1 | 1 | 0 |
| 090 | 02 | Subgerente - Científico | 1 | 1 | 0 |
| 090 | 02 | Subgerente - Administrativo y Financiero | 1 | 1 | 0 |
| 009 | 01 | Director Gestión Humana | 1 | 1 | 0 |
| 009 | 01 | Director Financiero | 1 | 1 | 0 |
| 009 | 01 | Director Urgencias | 1 | 1 | 0 |
| 009 | 01 | Director Hospitalización | 1 | 0 | 1 |

**NIVEL ASESOR**

| Código | Grado | Denominación | Cargos Creados | Provistos | Vacantes |
|---|---|---|---|---|---|
| 105 | 01 | Asesor - Calidad | 1 | 1 | 0 |
| 105 | 01 | Asesor - Control Interno | 1 | 1 | 0 |
| 115 | 01 | Asesor - Jurídico | 1 | 1 | 0 |

**NIVEL PROFESIONAL**

| Código | Grado | Denominación | Cargos Creados | Provistos | Vacantes |
|---|---|---|---|---|---|
| 213 | 07 | Médico Especialista - Internista | 3 | 2 | 1 |
| 213 | 07 | Médico Especialista - Ginecólogo | 4 | 3 | 1 |
| 213 | 07 | Médico Especialista - Cirujano | 4 | 4 | 0 |
| 213 | 07 | Médico Especialista - Anestesiólogo | 1 | 1 | 0 |
| 219 | 05 | Profesional Universitario - facturación, cartera y glosas | 1 | 1 | 0 |
| 219 | 04 | Profesional Universitario - Contador | 1 | 1 | 0 |
| 211 | 06 | Médico general | 1 | 1 | 0 |
| 211 | 01 | Médico general - medio tiempo | 1 | 1 | 0 |
| 237 | 02 | Profesional Universitario Área Salud - Bacteriólogo | 4 | 2 | 2 |
| 237 | 04 | Profesional Universitario Área de la Salud - Químico Farmacéutico | 1 | 1 | 0 |
| 243 | 03 | Enfermera | 7 | 6 | 1 |

**NIVEL TÉCNICO**

| Código | Grado | Denominación | Cargos Creados | Provistos | Vacantes |
|---|---|---|---|---|---|
| 367 | 01 | Técnico Administrativo - almacenista auxiliar | 1 | 0 | 1 |
| 367 | 02 | Técnico Administrativo - Sistemas | 1 | 1 | 0 |
| 367 | 03 | Técnico Administrativo - Facturación | 1 | 1 | 0 |
| 367 | 03 | Técnico Administrativo - Presupuesto | 1 | 1 | 0 |
| 367 | 03 | Técnico Administrativo - Sistemas de Información en salud | 1 | 0 | 1 |
| 367 | 03 | Técnico Administrativo - Suministros | 1 | 1 | 0 |
| 367 | 03 | Técnico Administrativo - Tesorería | 1 | 1 | 0 |
| 323 | 03 | Técnico Área Salud - Imágenes Diagnósticas | 2 | 1 | 1 |
| 323 | 03 | Técnico Área Salud - Regente Farmacia | 1 | 1 | 0 |

**NIVEL ASISTENCIAL**

| Código | Grado | Denominación | Cargos Creados | Provistos | Vacantes |
|---|---|---|---|---|---|
| 407 | 03 | Auxiliar administrativo | 9 | 9 | 0 |
| 407 | 07 | Auxiliar administrativo | 1 | 1 | 0 |
| 412 | 03 | Auxiliar Área Salud - Farmacia | 1 | 0 | 1 |
| 412 | 03 | Auxiliar Área Salud - Laboratorio clínico | 1 | 1 | 0 |
| 412 | 04 | Auxiliar Área Salud - Rayos X | 3 | 3 | 0 |
| 412 | 05 | Auxiliar Área Salud - Enfermería | 1 | 0 | 1 |
| 440 | 06 | Secretaria | 34 | 34 | 0 |
| | | **Total** | **100** | **88** | **12** |

**Fuente:** Manual de Funciones Institucional

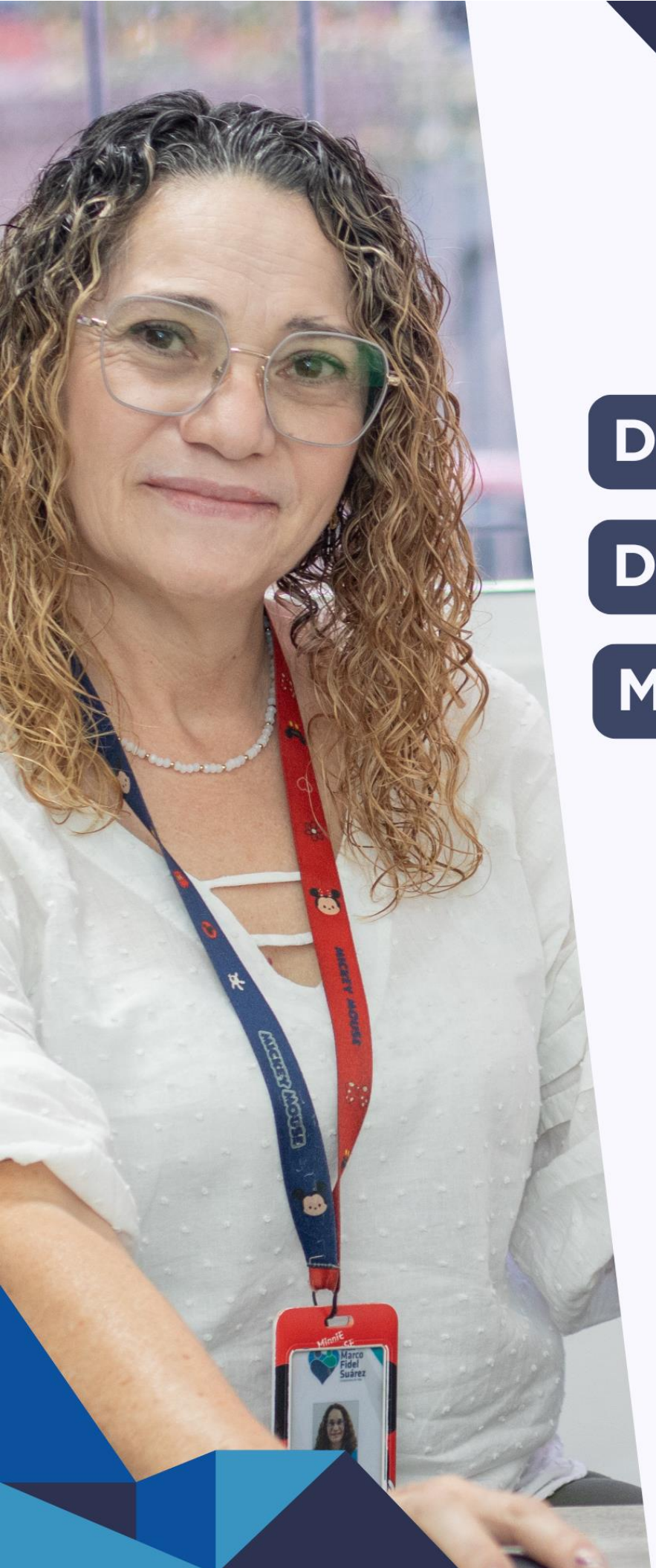
De conformidad con la normatividad vigente, la ESE Hospital Marco Fidel Suárez ha realizado los ajustes en el factor prestacional como se enuncian a continuación.

- La bonificación por servicios prestados se paga a partir del 2016, según Decreto 2418 del 11-12-2015 y no es retroactivo.
- La prima de servicios se paga a partir del 2015, de acuerdo con el Decreto 2351 del 20-11-2014 y no es retroactivo.
- El incentivo por antigüedad se pagaba a partir del quinto año de servicios, pero fue suspendido de acuerdo con 05001233100020080055701 del Consejo de Estado el 2 de octubre de 2014.
- La prima de vida cara creada por la Ordenanza 341 de 1973, fue declarada nula el 12 de abril de 2018 por el Consejo de Estado, sala de lo contencioso administrativo, sección segunda, subsección A. por lo que se encuentra provisionada pero no se pagó en agosto de 2017.

## Evaluación de desempeño

El 100 % del personal en carrera administrativa fue evaluado de acuerdo con la normativa vigente y los formatos establecidos por la Comisión Nacional del Servicio Civil, en cumplimiento del Acuerdo 06176 del 10 de octubre de 2018.

Asimismo, el 100 % del personal evaluado, obtuvo resultados óptimos de desempeño, lo que implica que alcanzaron un nivel sobresaliente, superior al 90%.



# DESCRIPCIÓN DE LA METODOLOGÍA

ESE Hospital Marco Fidel Suárez
Compromiso de Vida

GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

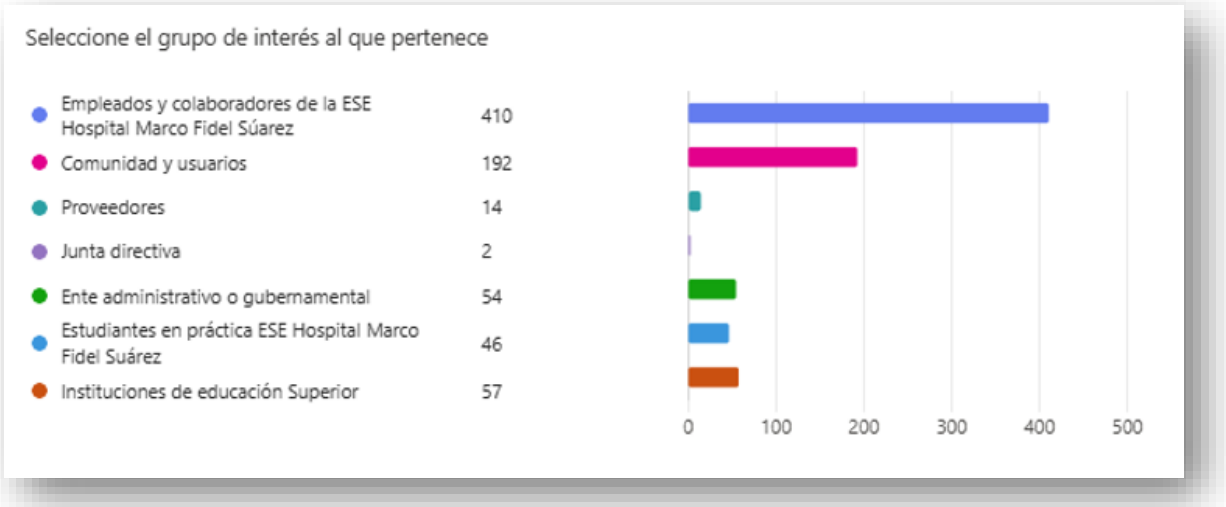
## 6. METODOLOGÍA

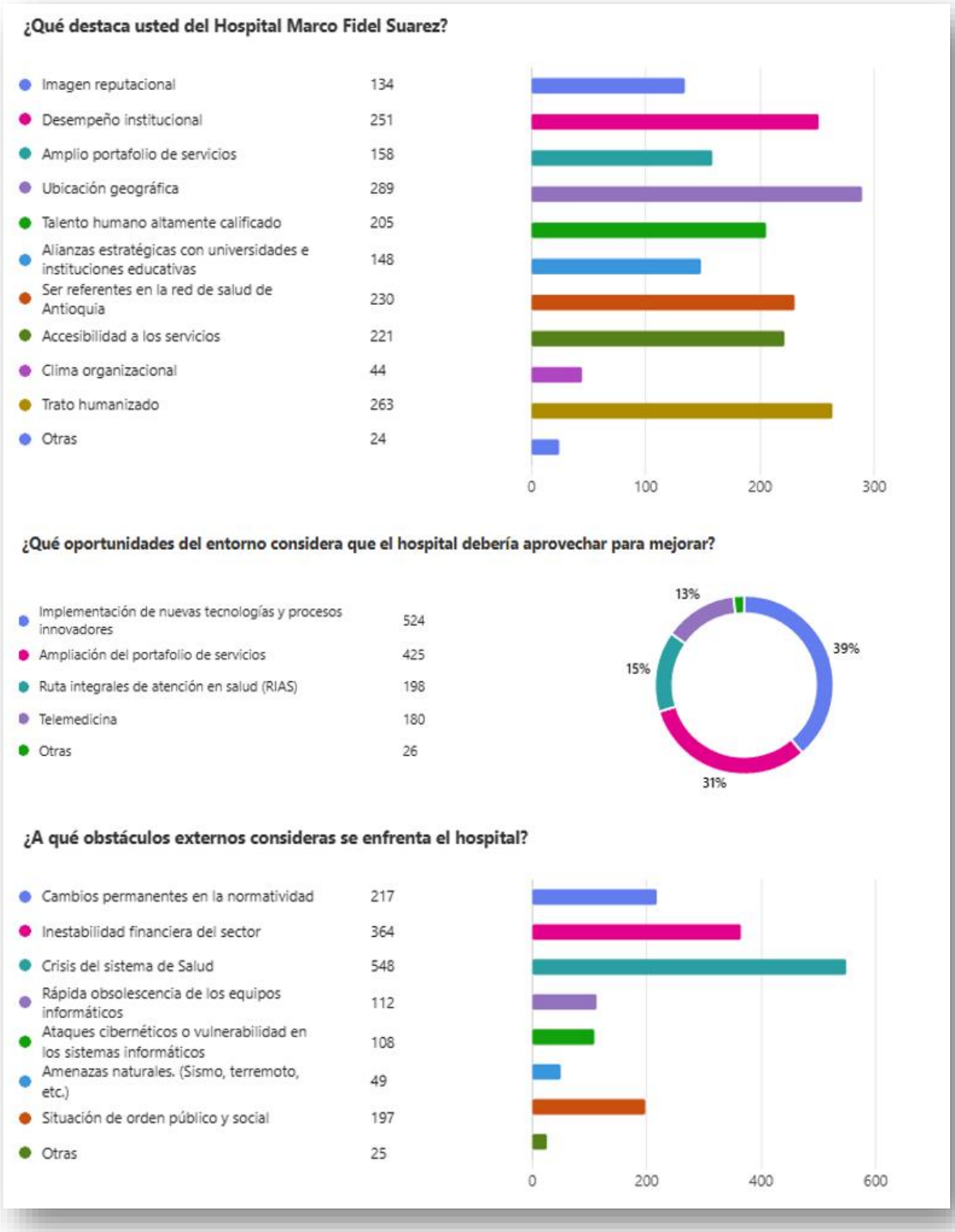
El Plan de Desarrollo para la ESE Hospital Marco Fidel Suárez es el instrumento que expresa la historia y el contexto que acompaña el cuatrienio de la administración del gerente y que define los objetivos, metas, programas, proyectos y acciones estratégicas, así como recursos, cronograma e indicadores de gestión que se cumplirán en el período, que al ser determinado y evaluado hace parte fundamental de los indicadores del área de Gestión, Dirección y Gerencia exigidos en la Resolución 710 de 2012- 743 de 2013.

Para la formulación del Plan de Desarrollo Institucional "Juntos por la sostenibilidad consciente y el compromiso de vida" 2024 - 2028 de la ESE Hospital Marco Fidel Suárez, se consideraron estrategias a implementar como resultado de acontecimientos y variables que tienen relación de causalidad con los problemas detectados y que se pretenden resolver.

Adoptamos como línea metodológica la gestión por resultados, haciendo una creación conjunta y articulando los procesos de planificación, presupuestación, ejecución, seguimiento y evaluación para generar los resultados esperados en la población.

Desde el inicio del proceso se planteó como un requisito indispensable la participación de los grupos de interés por medio del diligenciamiento del formulario FORMS publicado en redes sociales, del cual se obtuvo el siguiente resultado:






**Fuente:** Formulario FORMS, Construcción plan desarrollo 2024-2028

Igualmente con los líderes y colaboradores de cada proceso se realizó el diagnóstico y formulación de las estrategias, por lo que se propuso un cronograma de trabajo para el análisis interno y externo, precedido por una actividad de capacitación y socialización de información al equipo, con el fin de lograr una participación más idónea, específicamente en la realización de las metodologías **DOFA (Debilidades – Fortalezas)** ámbito interno**, (Oportunidades – Amenazas)** ámbito externo y modelo **CANVAS**.

Las acciones serán realizadas por apropiación, es decir que cada líder y su equipo tienen claridad no solo frente a la situación de salud que se vive en el mundo entero debido a la pandemia, los efectos sociales y económicos que esta traerá sino también a una visión compartida con la nueva gerencia sobre el futuro mediato que se debe construir para la ESE en coherencia con la responsabilidad adquirida al articularnos con el plan de desarrollo departamental y sus objetivos en resultados de salud.

Cada líder participante proyectó el sentido de las acciones que propuso, enlazándolas con la visión de la administración como un proyecto global en cual confluyen, por lo que la planificación contempló la focalización estratégica frente a un entorno externo móvil y competitivo que exige la mejor disposición y la unificación de actitudes y acciones para alcanzar el futuro deseado.

Se anexarán en este plan las estadísticas que sustentan las propuestas y la planeación desarrollada de manera proactiva y participativa.

Consecuentes con estas consideraciones se definieron los contenidos del Plan de Desarrollo así:

Primera etapa, el **diagnóstico institucional** que relaciona la contextualización internacional, nacional, departamental y municipal, donde posteriormente se plantearon estrategias para la recolección de información, de tal manera que se documentó la percepción interna y externa del hospital que incluye el diligenciamiento de la matriz DOFA y la elaboración del modelo CANVAS y el análisis de las manifestaciones de los usuarios, las cifras estadísticas relacionadas con indicadores de calidad, producción, facturación y recaudo, igualmente, la revisión de avances en materia de proyectos de inversión pública.

Como segunda etapa, el **direccionamiento estratégico** que establece el marco estratégico institucional, conformado por la plataforma estratégica, mercado objetivo y portafolio de servicios, proporcionando la base sobre la cual se formulan los planes, proyectos y programas.

La tercera etapa consta de la **formulación estratégica** en la cual se construyen las líneas de acción (ejes del desarrollo); definición de estrategias que permitirán alcanzar los objetivos institucionales; conjunto de planes, proyectos y programas con sus respectivas metas organizacionales; planteamiento del mapa estratégico como elemento gráfico de causa y efecto en la toma de decisiones por proceso y del impacto de los objetivos en cada una de las perspectivas.

La cuarta etapa incluye el **despliegue financiero** que es la consolidación del Plan Plurianual de Inversiones, con la relación de sus principales proyectos para el cuatrienio, el plan de acción por procesos como herramienta de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional 2024-2028.

Seguidamente, la quinta etapa consta del **monitoreo y evaluación**, es decir, definición de los mecanismos de monitoreo y evaluación al Plan de Desarrollo Institucional 2024-2028, con el objetivo de garantizar el control y gestión de la ejecución de sus planes, proyectos y programas.

La sexta etapa será la **formulación de los planes acción**, en esta etapa se formulan los Planes Operativos Anuales para cada una de las vigencias.

## 7. DIAGNÓSTICO EMPRESARIAL

El primero, análisis DOFA, debe enfocarse especialmente hacia los factores claves para el éxito de la empresa. Debe resaltar las fortalezas y las debilidades diferenciales internas al comparar la empresa de manera objetiva y realista con la competencia, y con las oportunidades y amenazas claves del entorno. A diferencia del modelo clásico de elaboración de la matriz DOFA, para este documento se han asociado varios conceptos: el primero la Matriz DOFA propuesta por diversos autores desde las décadas del 60 y 70, al parecer, como producto de investigaciones de la universidad de Stanford.

El segundo, la elaboración del Modelo CANVAS, con el fin de revisar el modelo de negocio.

**Análisis interno:** Tiene que ver con las fortalezas y las debilidades de la empresa, aspectos sobre los cuales se tiene algún grado de control, a continuación, se relaciona un aparte de la matriz desarrollada para el análisis interno de la ESE, la cual se anexa y hace parte integral de este documento:

| FORTALEZAS |
|---|
| **F1. Gestión institucional con enfoque en procesos** |
| **F2. Talento humano altamente calificado** |
| **F3. Amplio portafolio de servicios** |
| **F4. Ser referentes en la red de salud de Antioquia por la gestión Institucional** |
| **F5. Procesos de tecnología y sistemas de información eficientes** |
| **F6. Alta satisfacción de los usuarios** |
| **F7. Infraestructura adecuada** |
| **F8. Gestión eficiente del proceso de ciclo económico** |
| **F9. Buen clima laboral** |
| **F10.Capacitación continúa a los colaboradores** |
| **F11.Ubicación geográfica estratégica** |
| **F12.Fácil acceso a los servicios** |
| **F13.Sistema de costos estructurado** |
| **F14.Trato humano y compasivo** |
| **F15.Buena imagen reputacional** |
| **F16.Convenio Docencia servicio con Universidades e Instituciones educativas** |
| **F17.Única IPS pública de mediana complejidad del norte del Valle de Aburrá** |
| **F18.Gestión con énfasis en riesgos** |
| **F19.Fácil acceso a los servicios** |
| **DEBILIDADES** |
| **D1. Deficiencia en la gestión del proceso** |
| **D2. Infraestructura antigua** |
| **D3. Clima organizacional** |

| DEBILIDADES |
|---|
| D3. Falta de recaudo y de recursos |
| D4. Falta de capacitación continua al personal agremiado |
| D5. Algunos procesos son muy manuales |
| D6. No se cuenta con un amplio portafolio de servicios |
| D7. Alta rotación del personal asistencial |
| D8. Falta de implementación de un plan eficiente de comunicaciones interna y externa |
| D9. Falta de personal |
| D10. Equipos informáticos y biomédicos obsoletos |
| D11.Falta de software y plataforma tecnológica (Actualización tecnológica) |
| D12.Falta de motivación e incentivos para el personal agremiado, por la modalidad de contratación |
| D13.Alto porcentaje de muebles y enseres asistenciales en mal estado |
| D14.Altos costos de producción institucionales |
| D15.Falta de trato humano y compasivo |
| D16.Altos tiempos de espera en el servicio de urgencias |
| D17.Alto nivel de pasivos con proveedores, agremiaciones y bancos |
| D18.Fallas en la red |
| D19.Falta plataforma para mantenimiento para equipos y mobiliario |
| D20.Alta dependencia de la EPS Savia Salud |
| D21.Alto porcentaje de los cargos de carrera administrativa, ocupados en provisionalidad |
| D22.Activos fijos de bajo valor no están incluidos en la pólizas |
| D23.Capacidad insuficiente en la reserva de agua en Niquia |
| D24.Falta plan de continuidad de negocio |
| D25.Ausencia de medidas preventivas para evitar el daño antijurídico |

**Fuente:** Archivo de Excel con la consolidación de Matriz DOFA reportada por los procesos y el resultado FORMS publicado en redes sociales

**Análisis externo:** Revisa las oportunidades que ofrece el mercado y las amenazas que debe enfrentar la empresa con relación a dicho mercado. A continuación, se relaciona un aparte de la matriz desarrollada para el análisis externo de la ESE la cual se anexa y hace parte integral de este documento:

| OPORTUNIDADES |
|---|
| O1. Nuevas tecnologías y procesos innovadores |
| O2. Interés de la Gobernación para generar alianzas en las ESE departamentales para lograr un buen desempeño |
| O3. Alta concentración de población con limitada oferta de servicios de salud |
| O4. Facilidad para acceder a los recursos a nivel departamental por la gestión institucional |
| O5. Limitación en la prestación de servicios de ortopedia, neurología, psiquiatría y urología |
| O6. Lineamientos nacionales, departamentales y municipales para financiar proyectos de TELESALUD |

| |
|---|
| **O7. Acceso a recursos públicos para proyectos** |
| **O8. Reforma a la salud** |
| **O9. Interés nacional, departamental y municipal por la implementación de Redes Integrales de Atención en Salud (RIAS)** |
| **O10.Alto interés de las Universidades e Instituciones educativas de tener al Hospital como centro de prácticas** |
| **O11.Alto porcentaje de la población afiliada al Sistema de Seguridad en Salud** |
| **O12.Interés de los entes gubernamentales en el lote del patronato** |
| **O13.En el norte del Valle de Aburrá no hay UCI neonatal ni pediátrica** |
| **O14.Incremento de enfermedades crónicas y envejecimiento de la población** |
| **O15. El 56% de la población afiliada a la seguridad social en el área de influencia corresponde a la EPS SURA** |

| **AMENAZAS** |
|---|
| **A1. Constantes cambios normativos** |
| **A2. Crisis en el Sistema de Salud** |
| **A3. Situación social del municipio de Bello** |
| **A4. Ataques cibernéticos** |
| **A5. Falta de pago oportuno por las entidades responsables de pago** |
| **A6. Amenazas naturales (Sismo, terremoto, entre otros)** |
| **A7. Inestabilidad financiera del sector salud** |
| **A8. Liquidación de las EPS** |
| **A9. Competencia de otras instituciones de salud** |
| **A10.Avances tecnológicos con altos costos** |
| **A11.Incremento en tarifas de los insumos y dispositivos** |
| **A12.Reforma a la salud** |
| **A13.Difusión de noticias falsas sobre la institución en redes sociales y medios de comunicación** |
| **A14.Cambio del dólar** |
| **A15. Sanciones por incumplimiento normativos** |

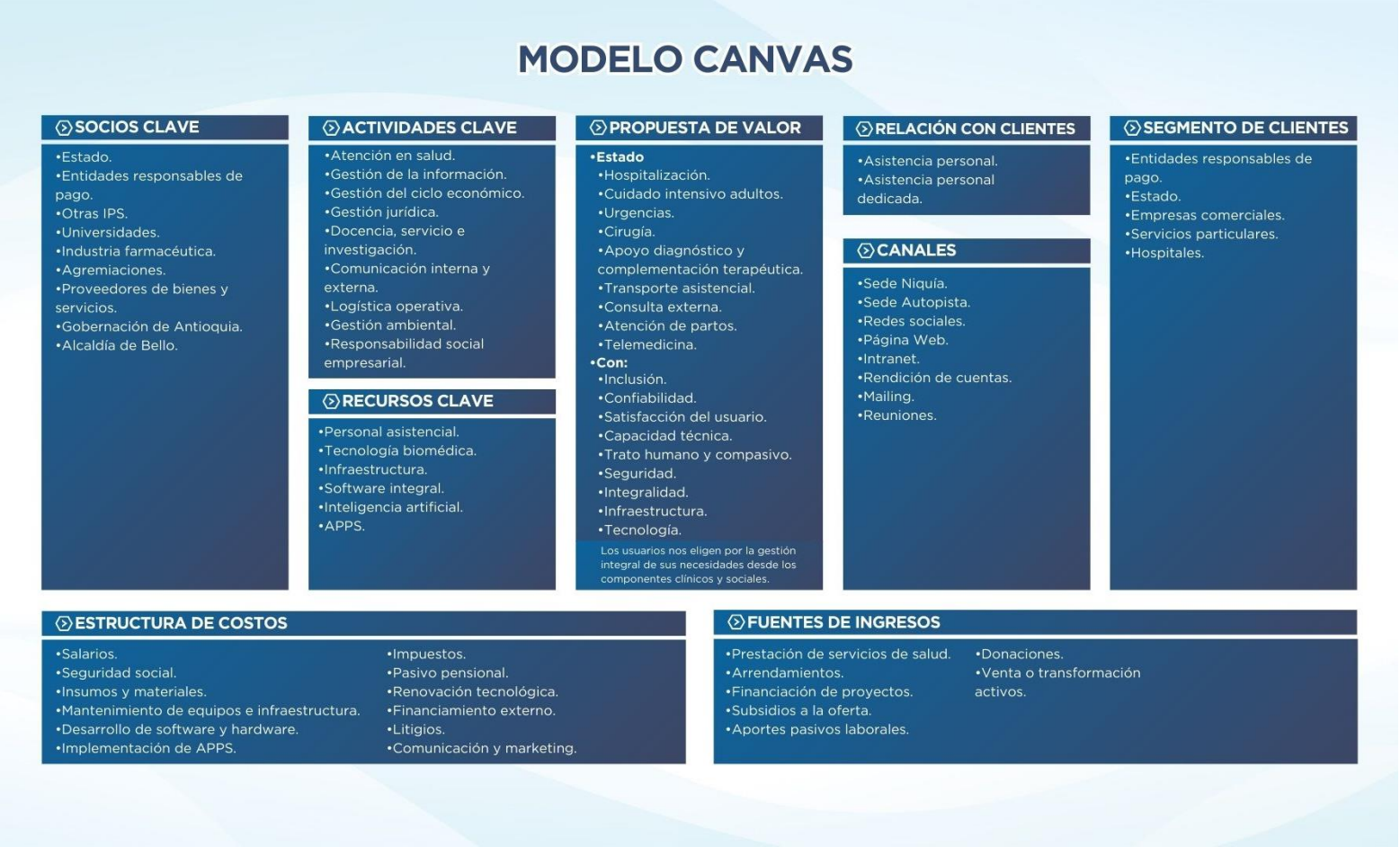
**Fuente:** Archivo de Excel con la consolidación de Matriz DOFA reportada por los procesos y el resultado FORMS publicado en redes sociales

**CANVAS:** La metodología CANVAS permite identificar y proyectar la idea de negocio, analizando los diferentes factores que intervienen y que serán determinantes para el éxito de los proyectos y metas institucionales.

**Se establecieron los nueve aspectos descritos en la tabla de trabajo de la siguiente manera:**

- Socios clave.
- Actividades clave.
- Recursos clave.
- Propuesta de valor.
- Relación con clientes.
- Canales.
- Segmentos de clientes.
- Estructura de costos.
- Fuente de ingresos.

## CANVAS


MODELO CANVAS
SOCIOS CLAVE
•Estado.
•Entidades responsables de pago.
•Otras IPS.
•Universidades.
•Industria farmacéutica.
•Agremiaciones.
•Proveedores de bienes y servicios.
•Gobernación de Antioquia.
•Alcaldía de Bello.
ACTIVIDADES CLAVE
•Atención en salud.
•Gestión de la información.
•Gestión del ciclo económico.
•Gestión jurídica.
•Docencia, servicio e investigación.
•Comunicación interna y externa.
•Logística operativa.
•Gestión ambiental.
•Responsabilidad social empresarial.
RECURSOS CLAVE
•Personal asistencial.
•Tecnología biomédica.
•Infraestructura.
•Software integral.
•Inteligencia artificial.
•APPS.
PROPUESTA DE VALOR
•Estado
•Hospitalización.
•Cuidado intensivo adultos.
•Urgencias.
•Cirugía.
•Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica.
•Transporte asistencial.
•Consulta externa.
•Atención de partos.
•Telemedicina.
•Con:
•Inclusión.
•Confiabilidad.
•Satisfacción del usuario.
•Capacidad técnica.
•Trato humano y compasivo.
•Seguridad.
•Integralidad.
•Infraestructura.
•Tecnología.
Los usuarios nos eligen por la gestión integral de sus necesidades desde los componentes clínicos y sociales.
RELACIÓN CON CLIENTES
•Asistencia personal.
•Asistencia personal dedicada.
CANALES
•Sede Niquía.
•Sede Autopista.
•Redes sociales.
•Página Web.
•Intranet.
•Rendición de cuentas.
•Mailing.
•Reuniones.
SEGMENTO DE CLIENTES
•Entidades responsables de pago.
•Estado.
•Empresas comerciales.
•Servicios particulares.
•Hospitales.
ESTRUCTURA DE COSTOS
•Salarios.
•Seguridad social.
•Insumos y materiales.
•Mantenimiento de equipos e infraestructura.
•Desarrollo de software y hardware.
•Implementación de APPS.
•Impuestos.
•Pasivo pensional.
•Renovación tecnológica.
•Financiamiento externo.
•Litigios.
•Comunicación y marketing.
FUENTES DE INGRESOS
•Prestación de servicios de salud.
•Arrendamientos.
•Financiación de proyectos.
•Subsidios a la oferta.
•Aportes pasivos laborales.
•Donaciones.
•Venta o transformación activos.

## 8. DEFINICIÓN DE ESTRATÉGIAS

Se realizaron los ejercicios y una vez terminado el ciclo de análisis y ponderación de la DOFA, modelo CANVAS, se procedió a valorar las principales fortalezas, debilidades, amenazas y oportunidades, además de identificar nuestros clientes, aliados, recursos y la propuesta de valor; el equipo de trabajo definió estrategias en cada posible combinación y la asociación a una línea en la que convergen las necesidades, oportunidades, objetivos, estrategias y actividades.

### Priorización de estrategias

De estas estrategias el grupo identificó las cinco (5) de mayor importancia o peso para el desarrollo empresarial que serán las que aparecerán como línea, tendrá un nombre que permita identificarla en su accionar cotidiano y al mismo tiempo estimule a toda la organización. Las estrategias que no serán línea y que quedan en segundo orden serán identificadas como programas, proyectos y actividades. En el diseño interno se buscó la coherencia con el diagnóstico organizacional y la adecuada formulación de los planes de acción y su seguimiento.

# ANÁLISIS DE RIESGOS

ESE Hospital Marco Fidel Suárez
Compromiso de Vida

GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

## 9. ANÁLISIS DE RIESGOS DE LOS OBJETIVOS ESTRATÉGICOS Y DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES

La ESE Hospital Marco Fidel Suárez comprometido con la mejora continua y dando cumplimiento a los lineamientos normativos trazados en la Circular Externa N03 de 2018, Circular Externa N°9 de 2016, Circular Externa 20211700000004-5 DE 2021 por medio de la cual se establecen los lineamientos generales (criterios, parámetros y recomendaciones mínimas) que las IPS públicas, privadas y mixtas deben tener en cuenta para diseñar, implementar y poner en funcionamiento el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y subsistemas para cada uno de los riesgos priorizados por la Superintendencia Nacional de Salud. Y la Circular Externa 20211700000005-5 DE 2021 del 17-09-2021, por medio de la cual se imparten instrucciones generales relativas al subsistema de administración del riesgo de corrupción, opacidad y fraude (SICOF) Y modificaciones a las circulares externas 018 de 2015, 009 de 2016, 007 de 2017 y 003 de 2018.

Así como también dando cumplimiento a las disposiciones emitidas por el Departamento Administrativo de la Función y la Secretaría de la Presidencia de la República en la "Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas" versión 6 de noviembre de 2022, con relación a la gestión de los riesgos de la entidad como un elemento preventivo y como responsables de la implementación del sistema integrado de gestión de riesgos y sus subsistemas de administración de riesgos – SIGR se presenta el informe acerca de la situación de la implementación para el segundo semestre de 2024.

Para dar cumplimiento al objetivo propuesto de implementación de cada uno de los subsistemas de administración de riesgo, se utilizaron como elementos de análisis los lineamientos establecidos en el reporte solicitado por la Superintendencia Nacional de Salud así como los lineamientos en la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas-riesgos de gestión, corrupción y seguridad digital, versión 6 de noviembre de 2022, los mapa y plan de tratamiento de riesgos.

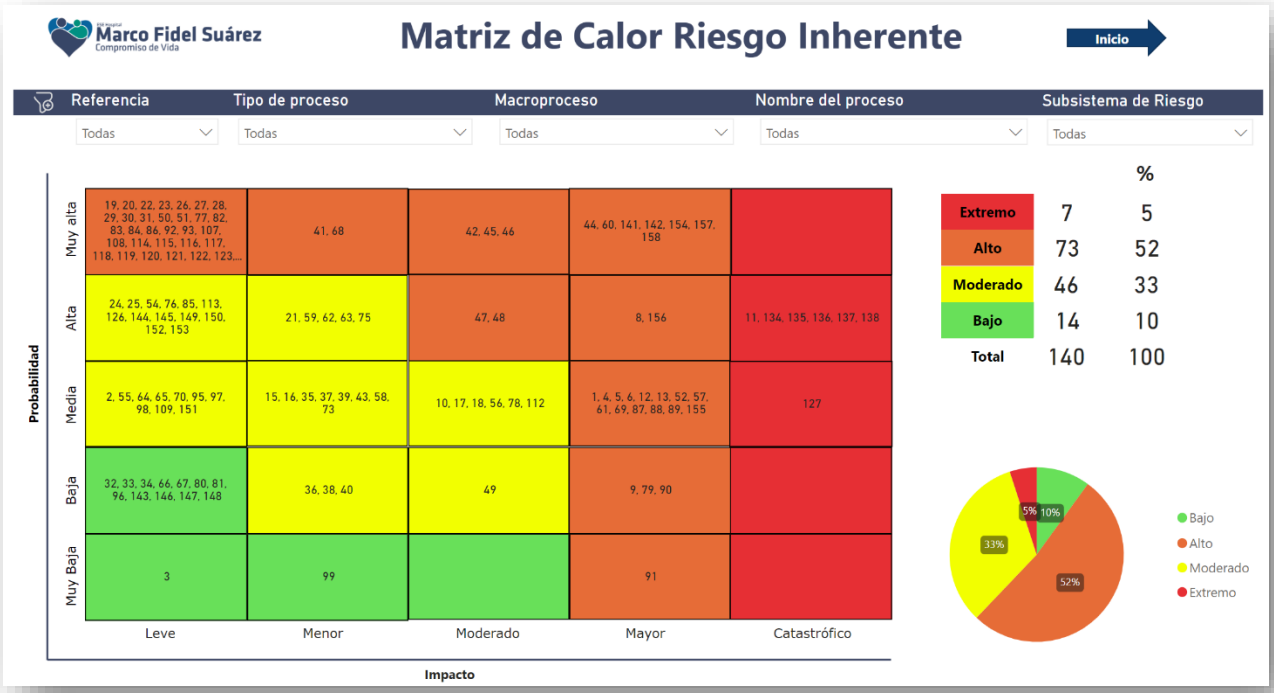
## MATRIZ DE CALOR DE LOS OBJETIVOS ESTRATÉGICOS Y PROCESOS INSTITUCIONALES

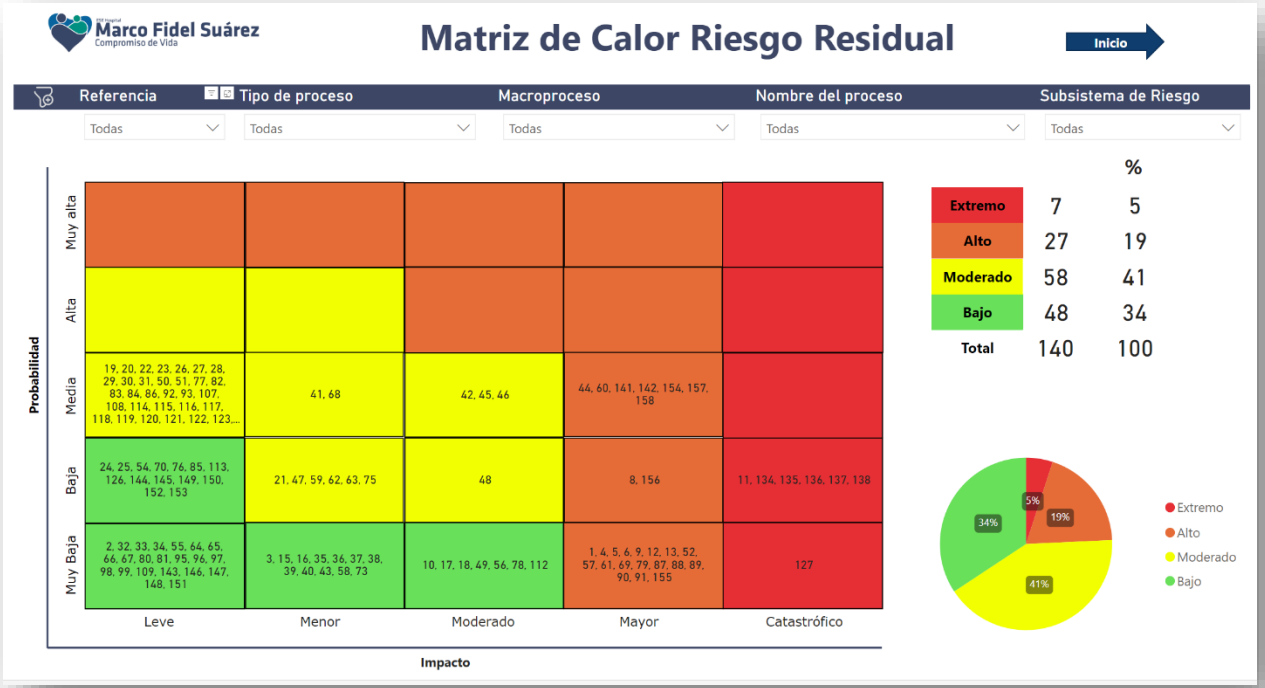
La ESE definió 4 objetivos estratégicos para los cuales se identificaron 6 riesgos, que relacionamos a continuación:

| OBJETIVO ESTRATÉGICO | DESCRIPCIÓN DEL RIESGO |
|---|---|
| Equilibrar la calidad y la eficiencia en la prestación de servicios de salud con la responsabilidad ambiental y la sostenibilidad consciente. | Posibilidad de afectación reputacional y/o económica por degradación de la calidad de la atención debido a la implementación de medidas de sostenibilidad. |
| Consolidar el ciclo económico como modelo inspirador y eje transversal que permita incrementar la eficiencia financiera en los procesos administrativos que soportan la operación institucional y el flujo constante de recursos económicos | Posibilidad de afectación económica por el énfasis en la eficiencia financiera a corto plazo descuidando los objetivos estratégicos a largo plazo en innovación o sostenibilidad, afectando el crecimiento futuro de la organización. |
| | Posibilidad de afectación económica y/o reputacional por el descuido de las necesidades y el bienestar de los empleados, lo que a su vez puede afectar la productividad y la calidad del servicio. |
| Gestionar la excelencia en el desempeño sistemático de procesos institucionales y la prestación de servicios de salud, con énfasis en el recurso humano, la transferencia de conocimiento y la innovación. | Posibilidad de afectación económica y/o reputacional por el impacto negativo en la calidad de la atención al paciente debido a sobrecarga de trabajo por la implementación de nuevos procesos puede generar una mayor demanda de tiempo y esfuerzo por parte del personal. |
| Garantizar la aplicación de políticas y estrategias que reconozcan, valoren y respondan a las características de diversidad y vulnerabilidad desde un enfoque diferencial, humano y de calidad que generen experiencias positivas que incrementen la satisfacción y niveles de recomendación de nuestros usuarios. | Posibilidad de afectación económica y/o reputacional por el impacto negativo en la calidad de la atención al paciente debido La escasez de personal capacitado en temas de diversidad y vulnerabilidad puede dificultar la prestación de servicios de calidad. |

**Fuente:** Matriz de riesgos institucional

Teniendo en cuenta los 4 objetivos estratégicos y los 40 procesos institucionales se identificaron un total de 140 riesgos, los cuales una vez analizados tenemos un perfil de riesgo inherente ALTO y con la implementación de las medidas para prevenir y/o mitigarlos obtenemos un perfil de riesgo MODERADO, lo que significa decir que las medidas que se están implementando para prevenirlos o mitigarlos están siendo efectivas. Se adjunta gráfico con perfil del riesgo inherente y residual de la ESE:




**Fuente:** Matriz de riesgos institucional

# 10. PLATAFORMA ESTRATÉGICA

## 10.1. Misión y Visión

### Misión

Somos un hospital inclusivo dedicado a brindar atención integral en salud de mediana y alta complejidad, integrando la tecnología, la docencia y la calidad, bajo el principio de sostenibilidad consciente para beneficio de los usuarios.

### Visión

Consolidarnos al 2028 como un hospital inteligente, competitivo e innovador, líder en Antioquia con enfoque de gestión sostenible por su eficiencia, responsabilidad social, integralidad en la atención e innovación con gran liderazgo en la generación de conocimiento y en el desarrollo de talento humano.

## 10.2. Principios y valores

Garantizamos los derechos universales e irrenunciables de las personas, usuarios y funcionarios, para propender permanentemente por la calidad de vida acorde con la dignidad humana.

Valores establecidos según lineamientos de la Política de Integridad, dentro del marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión -MIPG.

**Honestidad:** La institución y sus funcionarios se comprometen en reconocer en cada una de sus actuaciones, el valor, la diferencia y la dignidad de cada uno de los usuarios internos y externos con los que interactúa, y actuar siempre con fundamento en la verdad, cumpliendo los deberes con transparencia y rectitud, siempre favoreciendo el interés general**.**

**Respeto:** Todos los funcionarios de la institución se comprometen en reconocer, valorar y tratar de manera digna a todas las personas, con sus virtudes y defectos, sin importar su labor, su procedencia, títulos o cualquier otra condición.

**Compromiso:** La institución orientará todos sus esfuerzos en generar responsabilidad y convicción en todos sus colaboradores para el logro de la satisfacción de nuestros usuarios y el propósito de la institución. Además, ser conscientes de la importancia del rol como servidor público y estar en disposición permanente para comprender y resolver las necesidades de las personas con las que se relacionan en las labores cotidianas, buscando siempre mejorar su bienestar**.**

**Diligencia:** La institución y sus funcionarios se comprometen a cumplir con los deberes, funciones y responsabilidades asignadas de la mejor manera posible, con atención, prontitud, destreza y eficiencia, para así optimizar el uso de los recursos del Estado.

**Justicia:** La institución se compromete a actuar con imparcialidad garantizando los derechos de las personas, con equidad, igualdad y sin discriminación**.**

**En la institución se tienen también otros valores orientadores de las interrelaciones, decisiones y prácticas de la función pública:**

**Transparencia:** La institución y sus funcionarios se comprometen a reflejar honestidad, confianza y claridad en todas sus actuaciones en la prestación del servicio y administración de los recursos.

**Universalidad:** La institución buscará garantizar para todas las personas que demanden nuestros servicios el derecho a la atención en salud con calidad.

**Inclusión:** La institución debe promover la política de integrar a todos los individuos muy especialmente a todos aquellos que se encuentren en condiciones de segregación o marginación o pertenecen a minorías étnicas, religiosas o raciales para que tengan las mismas oportunidades y derechos dentro de la ESE.

## 10.3. Enfoque diferencial

La ley 1438 de 2011, contempla el enfoque diferencial al tener en cuenta características de la población como edad, género, raza, etnia, condición de discapacidad y víctimas de la violencia y establece que el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) proveerá garantías y dirigirá sus esfuerzos a la eliminación de situaciones de discriminación y marginación (Ley 1438, 2011, art.3). Con el fin de propiciar que personas históricamente discriminadas y de especial protección constitucional, puedan en términos de igualdad acceder, usar y disfrutar de los bienes y servicios de la sociedad.

Es así, como la ESE Hospital Marco Fidel Suárez reconoce la diversidad de poblaciones, diversidad de conocimientos y capacidades, para lo cual aplica el enfoque diferencial a fin de garantizar igualdad de derechos, la no discriminación, la equidad en el acceso y el desarrollo de respuestas diferenciadas.

El Hospital realizó el documento **"Enfoque diferencial - HMFS-DC-0318"** con el fin de brindar una atención diferenciada, inclusiva y sin discriminación que garantice el respeto de los derechos de los diferentes grupos poblacionales existentes en nuestro país. Además, con el fin de dar cumplimiento a la política de inclusión, establecida por la ESE Hospital Marco Fidel Suárez, en la cual se plantea el reconocimiento de las personas en su diversidad, como seres sociales y sujetos de derecho y se garantiza una atención global y sin discriminación por condiciones personales, socioeconómicas, culturales, religiosas, de raza, nacionalidad, orientación sexual o identidad de género, todo ello enmarcado en la humanización del servicio, el trato digno y justo.

**Objetivo General**: Brindar atención diferencial en la ESE Hospital Marco Fidel Suárez, la cual garantice el respeto de los derechos de todos los grupos poblacionales que asisten a la institución, a través de acciones ajustadas a sus necesidades generales y específicas que permitan la prestación de servicios de salud humanizados y de calidad.

**Alcance:** Este documento aplica para todo el personal administrativo y asistencial de la ESE Hospital Marco Fidel Suárez.

## 10.4. Objetivos estratégicos

1

### SOSTENIBILIDAD CONSCIENTE

Equilibrar la calidad y la eficiencia en la prestación de servicios de salud con la responsabilidad ambiental y la sostenibilidad consciente.

2

### EFICIENCIA COMO INSPIRACIÓN

Consolidar el ciclo económico como modelo inspirador y eje transversal que permita incrementar la eficiencia financiera en los procesos administrativos que soportan la operación institucional y el flujo constante de recursos económicos.

3

### EXCELENCIA COMO COMPROMISO

Gestionar la excelencia en el desempeño sistemático de procesos institucionales y la prestación de servicios de salud, con énfasis en el recurso humano, la transferencia de conocimiento y la innovación.

4

### SATISFACCIÓN COMO EXPERIENCIA

Garantizar la aplicación de políticas y estrategias que reconozcan, valoren y respondan a las características de diversidad y vulnerabilidad desde un enfoque diferencial, humano y de calidad que generen experiencias positivas que incrementen la satisfacción y niveles de recomendación de nuestros usuarios.

## 10.5. Código de buen gobierno y de integridad

Los códigos de integridad y buen gobierno de la ESE Hospital Marco Fidel Suárez contienen las políticas, valores y prácticas que permiten orientar la gestión institucional con autoridad, transparencia y adecuada administración de los recursos. La ESE determina el compromiso de respetar los principios éticos frente al estado, los derechos de los pacientes y partes interesadas, velando por el cumplimiento del direccionamiento estratégico, buen trato a los empleados y una gestión integral, asegurando la adecuada administración, el respeto de las normas externas e internas y la transparencia en todas las actuaciones administrativas.

Incluye los mecanismos de gobierno, conducta e información de la institución con el fin de asegurar la confianza sobre su gestión y facilitar el logro de los objetivos gerenciales y los criterios necesarios para altos estándares de calidad en la atención en salud. Los códigos de integridad y buen gobierno han sido elaborado con la participación de los funcionarios del nivel directivo de la institución, quienes en este documento consignan su compromiso con el desempeño de la función pública para el logro de una gestión caracterizada por la integridad, legalidad, transparencia y orientación hacia el cumplimiento de los fines del estado, es decir tomar decisiones y asumir comportamientos en los que prevalezca el interés general por encima del interés particular, con el fin de actuar acorde con los valores del servicio público, para fortalecer la cultura organizacional y generar un estilo de dirección para mejorar la prestación de los servicios de salud.

Estos códigos son fundamentales para la autorregulación ética, buscando la excelencia en la atención a los pacientes y sus familiares.

La ESE tiene documentado el código de buen gobierno y de integridad con el código HMFS-DC-0208M, y está disponible para consulta de todos los colaboradores de la ESE en la intranet institucional.

## 10.6. Políticas

### Política de confidencialidad y privacidad

En desarrollo de los valores corporativos y como parte de la responsabilidad de defender los derechos de los usuarios, la Empresa Social del Estado Hospital Marco Fidel Suárez está comprometida en garantizar a nuestros usuarios la privacidad y respeto por la información recopilada de las atenciones realizadas en los diferentes servicios de la institución, para lo cual, utilizamos diversos mecanismos, que nos permiten la protección y confidencialidad, bajo criterios éticos definidos en la normatividad vigente.

### Política de calidad

La Empresa Social del Estado Hospital Marco Fidel Suarez, se compromete a mejorar la calidad de vida de sus usuarios, mediante la prestación de servicios de salud oportunos, pertinentes, humanizados y seguros; con el aporte de un talento humano competente y comprometido, con procesos normalizados, infraestructura y tecnología apropiada, enmarcados en la mejora continua y la sostenibilidad económica, consolidando así una cultura del servicio ofreciendo al usuario, la familia y la comunidad, información confiable, suficiente y permanente que les genere confianza.

### Política de administración del riesgo

La política de administración de riesgos de la ESE Hospital Marco Fidel Suárez tiene un carácter estratégico y está fundamentada en el modelo integrado de planeación y gestión, la guía de administración del riesgo, con un enfoque preventivo de evaluación permanente de la gestión y el control. Aplica para todos los niveles, áreas y procesos de la Entidad e involucra el contexto, la identificación, valoración, tratamiento, monitoreo, revisión, comunicación, consulta y el análisis de los riesgos.

**Objetivo:** Establecer los parámetros necesarios para una adecuada gestión de los riesgos evitando su materialización y minimizando los efectos adversos al interior de la Entidad, con el fin de asegurar el cumplimiento de la misión institucional, visión y objetivos estratégicos.

**Alcance:** Aplica a todos los procesos, proyectos, servicios y planes de la entidad, conforme a cada tipo y clasificación de riesgo, bajo la responsabilidad de los líderes de proceso y líneas de defensa de MIPG.

La ESE Hospital Marco Fidel Suárez tiene como política ambiental, reducir los riesgos al medio ambiente que pueda generar como producto de su actividad, mediante la gestión integral de residuos, el aprovechamiento de los recursos naturales, la creación de una conciencia ambiental en los servicios que componen la entidad, el ahorro de agua y energía, implementando estrategias para reutilizar y reciclar, y realizando actividades dirigidas a la protección y conservación del medio ambiente.

**Política para el manejo de ropa hospitalaria**

La ESE Hospital Marco Fidel Suárez en desarrollo de su política ambiental y en su transición a un hospital verde, buscando una reducción de los riesgos e impactos generados sobre el medio ambiente y la salud pública; así como el cuidado de los recursos naturales y la generación de una mayor conciencia ambiental establece realizar cambio de ropa de cama de las habitaciones de los servicios de hospitalización de ambas sedes cada 48 horas, de manera que se disminuyan los impactos generados por el uso de agua y energía en los procesos de lavado de la ropa hospitalaria; así como aumentar el tiempo de vida útil de la misma, de manera que se minimicen los residuos de tela que representan una problemática ambiental a nivel mundial.

**Lo anterior y con base a nuestro modelo de atención humana y compasiva se establece el cambio de ropa de cama de manera inmediata para las siguientes situaciones:**

- Las habitaciones con pacientes que requieren de baño en cama.
- Ropa de cama que se encuentren sucia o contaminada con fluidos corporales.
- Cada vez que un paciente es dado de alta o fallece.
- Cada vez que el paciente solicite cambio de su ropa de cama.

**Política de seguridad del paciente**

La ESE Hospital Marco Fidel Suárez está comprometida con la seguridad del paciente como atributo fundamental de la calidad y mediante la integración de la gestión del riesgo en los procesos prioritarios, el fomento de una cultura por la seguridad del paciente y el aprendizaje organizacional continuo que involucre a toda la comunidad hospitalaria, minimizando la presencia de eventos adversos evitables.

## Política de humanización

La gerencia y los colaboradores de la ESE Hospital Marco Fidel Suárez del municipio de Bello, nos comprometemos a brindar una atención personalizada, cálida y humana y compasiva al usuario, familia, comunidad y compañeros de trabajo, respondiendo a sus necesidades físicas, sociales y espirituales, basados en los deberes y derechos; por ello, excluimos cualquier forma de discriminación, agresión e indiferencia.

## Política IAMI

Por medio de la cual se dictan las prácticas institucionales para garantizar el desarrollo de la estrategia como institución amiga de la mujer y la infancia del ESE hospital Marco Fidel Suárez.

La ESE Hospital Marco Fidel Suárez se compromete a través de su política IAMI con las mujeres y la infancia, para garantizar la promoción y protección de la salud y la nutrición de dicha población, enfocando las acciones administrativas y asistenciales para que apunten al cumplimiento de los derechos de mujeres y niños y las mejores condiciones prestacionales posibles, buscando que las familias reciban de manera oportuna atención, educación en salud, espacios seguros, pautas de crianza, cuidado y técnicas de introspección sobre la importancia de su salud y bienestar dentro de la sociedad

## Política de inclusión

La gerencia y los colaboradores de la ESE Hospital Marco Fidel Suárez, nos comprometemos a reconocer a las personas en su diversidad, como seres sociales y sujetos de derecho, lo que nos permite abordar los problemas de salud con enfoque diferencial e integral, garantizando una atención que refleje la igualdad de oportunidades, sin discriminar condiciones personales, socio económicas, culturales, religiosas, raza, nacionalidad, orientación sexual o identidad de género, todo ello enmarcado en la humanización del servicio, el trato digno y justo.

## Política de seguridad contable

La ESE Hospital Marco Fidel Suárez adelantará las gestiones necesarias que conduzcan a garantizar la sostenibilidad y permanencia de un sistema contable que produzca información razonable y oportuna.

Dada la característica recursiva de la organización y la interrelación necesaria entre los diferentes procesos que desarrollan las áreas, se deberá adelantar las gestiones administrativas para depurar las cifras y demás datos contenidos en los estados financieros, de forma que cumplan las características fundamentales de relevancia y representación fiel. Asimismo, se adelantarán las acciones pertinentes para depurar la información financiera e implementar los controles que sean necesarios a fin de mejorar la calidad de la información.

**Política institucional uso racional de antibióticos**

La ESE Hospital Marco Fidel Suárez está comprometida con el uso racional de antibióticos buscando su óptima utilización, adecuado manejo y tratamiento costo efectivo por parte de los diferentes actores relacionados con la atención del paciente, propiciando escenarios que impacten en la satisfacción y el bienestar de estos y así disminuir la resistencia antibiótica, actual problema de orden mundial.

La política se sustenta en la normativa vigente y en los Lineamientos técnicos para la implementación de programas de optimización de antimicrobianos en el escenario hospitalario y ambulatorio del Ministerio de Salud y Protección Social.

**Política de comunicaciones e información**

La ESE Hospital Marco Fidel Suárez se compromete a gestionar de forma integral la información y comunicación institucional, buscando que como un eje estratégico permita el fortalecimiento de la cultura organizacional y el mejoramiento de las interacciones comunicativas con los públicos de interés, a través de información clara, oportuna y verídica. Cumpliendo, asimismo, los lineamientos para el manejo de los medios y canales de comunicación tanto internos como externos y de máxima difusión.

**Política de atención prioritaria**

La ESE Hospital Marco Fidel Suárez en concordancia con la ley y en la búsqueda de la visión institucional se compromete a establecer una política de atención prioritaria a la población que sobrelleve alguna situación de vulneración o riesgo físico, mental o psicosocial, que permita a sus pacientes, clientes, colaboradores y grupos de interés, el acceso oportuno, seguro, pertinente y continuo a los procesos institucionales con calidad y humanización.

## Política de reuniones

En la ESE Hospital Marco Fidel Suárez, se dará mayor dinamismo y rendimiento a las reuniones (juntas, grupos, equipos, comisiones y comités) con base en la normatividad técnica y legal; con criterios de economía del recurso humano y logístico, eficiencia, efectividad y calidad de las decisiones. Así mismo, por medio de estrategias que favorezcan el respeto, la puntualidad, el orden y la mejor utilización del tiempo.

## Política de legalidad y austeridad en los recursos públicos

La Empresa Social del Estado Hospital Marco Fidel Suárez, se compromete a incorporar en su gestión institucional, nuevas prácticas administrativas y ambientales que permitan la optimización de los gastos de funcionamiento, mantenimiento e inversión.

En consecuencia, la Empresa establecerá medidas atendiendo a circunstancias reales, sin incurrir en gastos suntuarios, onerosos o excesivos, que no correspondan al cumplimiento de la misión institucional. La empresa adoptará e implementará, las medidas existentes dentro de la normatividad que buscan mejorar de manera sustancial la sostenibilidad ambiental institucional.

De igual forma se dará cumplimento al decreto número 371 del 08 de abril del 2021 "por el cual se establece el Plan de Austeridad del Gasto 2021 para los 31 MANUAL DE POLITICAS INSTITUCIONAL Código: HMFS-DC-0201 Versión: 09 Fecha de Actualización: Febrero del 2024 Elaboró: Equipo Calidad órganos que hacen parte del Presupuesto General de la Nación", implementando medidas de austeridad, eficiencia y control en el consumo y manejo de los recursos, generando acciones de ahorro en todos los funcionarios de la entidad, a través de la inducción y reinducción institucional, tendiente a fortalecer la cultural de la integridad y la transparencia, basada en las capacidades y conocimientos del talento humano idóneo y con la experiencia necesaria para alcanzar las metas establecidas en el plan de desarrollo institucional.

Se realizará un seguimiento continuo a través de un informe de austeridad, el cual abarcará los gastos en: contratación de personal para la prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión, salarios de personal de planta, horas extras y vacaciones, bienestar social, viáticos, servicios públicos, papelería e insumos de oficina, sostenibilidad ambiental, mantenimiento y los que la máxima autoridad ejecutiva de la empresa considere necesarios.

Esta política será de obligatorio cumplimiento para todos los servidores públicos y colaboradores de la empresa los cuales la adoptarán como cultura de autocontrol.

Esta política institucional, se articula con la política de gestión presupuestal y eficiencia del gasto público del modelo integrado de planeación y gestión (MIPG), en cumplimiento con el decreto 1499 del 2017.

**Política de defensa judicial y daño antijurídico**

Al interior de las entidades del Estado se hace necesario establecer una serie de lineamientos que orienten a la entidad al mejoramiento de su gestión para el cumplimiento de las metas institucionales, a través de la simplificación de los procesos y procedimientos, el aprovechamiento del talento humano y el uso eficiente de los recursos administrativos, financieros y tecnológicos.

En cumplimiento del deber de establecer y hacer seguimiento a las políticas de prevención de conductas jurídicamente reprochables de los servidores y las entidades públicas, la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado (ANDJE), a través de la Circular Externa No. 05 del 27 de septiembre de 2019, estableció los lineamientos mínimos a tener en cuenta para la formulación de la política de prevención del daño antijuridico de las entidades públicas, enfocada en la observancia permanente de la normatividad vigente y la realización reglada de cada una de las actuaciones de los funcionarios de las diferentes áreas.

Atendiendo a la metodología propuesta por la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado (ANDJE) y como buena práctica institucional, en el presente documento se acoge el procedimiento a seguir para la formulación, evaluación e implementación de la Política de Defensa Judicial y prevención del daño Antijuridico, considerada por la ESE Hospital Marco Fidel Suárez para prevenir, mitigar o enfrentar cualquier posible situación interna o externa que pueda implicar responsabilidad patrimonial o la vulneración de los bienes jurídicos tutelados por la ESE.

Por lo anterior, el Gerente de la ESE Hospital Marco Fidel Suárez y sus colaboradores se comprometen a emprender acciones que permitan evitar la configuración de daños antijurídicos para la ESE, a partir de la identificación de los riesgos que subyacen en el desarrollo de sus procesos misionales y de apoyo administrativo, y tras analizar a la fecha de corte de la formulación de esta política la prestación del servicio de salud; las demandas instauradas en contra de la ESE; las solicitudes de conciliación extrajudicial; las reclamaciones administrativas; el proceso de gestión de la contratación; los procesos

disciplinarios; las sentencias judiciales en firme, a favor y en contra; las sanciones administrativas recibidas; y, las peticiones, quejas, reclamos y sugerencias, garantizando el debido proceso para las acciones disciplinarias, procurando el cobro coactivo de la cartera y efectuando correctamente el procedimiento establecido para la contratación de bienes, servicios y obras.

## Prevención del daño antijurídico

El concepto de prevención hace alusión a prevenir o a anticiparse a un hecho y evitar que este ocurra. Generalmente se trata de prevenir un acontecimiento negativo o no deseable.

Con la política de prevención del daño antijurídico se busca identificar las causas de los daños antijurídicos que originan las diferentes demandas, algunas de las cuales resultan con fallos condenatorios que imponen su correspondiente pago. Por ello, la Política de Prevención del Daño Antijurídico busca generar estrategias al interior de la ESE Hospital Marco Fidel Suárez para identificar los riesgos y costos de los procesos judiciales.

Respecto a la prevención del daño, el Comité de Conciliación de la ESE tiene a cargo la actividad litigiosa, lo cual permite que asuntos que podrían ser decididos por los jueces no lleguen a esa etapa por haber sido previstos y evitados anticipadamente. Una política de prevención del daño efectiva implica que la ESE conscientemente decida resolver los problemas que generan las sentencias frecuentes en su contra. Es decir, que las condenas reiteradas en los procesos judiciales deben ser interpretadas como un síntoma que refleja dificultades en los procesos administrativos que afectan los derechos de los administrados. La política de prevención del daño es esencialmente la solución a los problemas administrativos que generan reclamaciones y demandas.

## Política de seguridad y salud en el trabajo

La ESE Hospital Marco Fidel Suárez, reconoce la importancia del talento humano y se compromete a garantizar la promoción de la salud y riesgos laborales que pueden afectar a nuestros funcionarios, colaboradores y grupos de interés, mediante LA IMPLEMENTACIÓN Y MEJORAMIENTO CONTINUO A TRAVES del SISTEMA EN GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG-SST, el cual va encaminado a promover el bienestar físico, mental y social, fomentando la cultura del autocuidado, ofreciendo lugares de trabajo seguros y adecuados para la prevención de los riesgos.

## Política de desconexión laboral ESE Hospital Marco Fidel Suárez

La política de desconexión laboral de la ESE Hospital Marco Fidel Suárez busca garantizar el cumplimiento de la Ley 2191 del 2022 "por medio de la cual se regula la desconexión laboral - Ley de Desconexión Laboral" ratificando el compromiso de la ESE con el bienestar de sus funcionarios, asegurando el respeto del derecho al descanso y definiendo los lineamientos necesarios que permitan su aplicación en el ámbito laboral. De conformidad con lo señalado en el artículo 3 de la Ley 2191 de 2022, entiéndase como desconexión laboral el derecho que tienen todos los trabajadores y servidores públicos de la ESE Hospital Marco Fidel Suárez a no tener contacto por cualquier medio o herramienta, bien sea tecnológica o no, para cuestiones relacionadas con su ámbito o actividad laboral, en horarios por fuera de la jornada ordinaria o jornada máxima legal de trabajo, o convenida, ni en sus vacaciones o descansos. La ESE Hospital Marco Fidel Suárez cuenta con la responsabilidad de todos sus funcionarios en el cumplimiento de los espacios de descanso con desconexión laboral, construyendo un entorno laboral de bienestar, favoreciendo la conciliación de la vida laboral y extralaboral.

## Política del respeto y el buen trato

En nuestra institución, es una política general el fortalecimiento del diálogo permanente, el respeto y el buen trato hacia los compañeros de trabajo y el usuario como base de nuestra organización, interiorizar en cada ser la diferencia del otro como la esencia de las relaciones humanas, adoptándolo como principio para propender por la humanización en la atención a los usuarios y garantizar el mejoramiento de la calidad en la promoción y prestación de los servicios de salud, el respeto de los derechos y deberes sin distinción de raza, grupo, creencia, diversidad cultural y de género, dentro de un ambiente cálido, espacio cómodo, procesos ágiles, eficientes y oportunos.

A través de la política del buen trato, pretendemos la satisfacción del usuario, mediante un trato cordial, amable y la aplicación de valores y principios institucionales, promoviendo el respeto, la confidencialidad y la confianza.

## Política financiera

La ESE Hospital Marco Fidel Suárez, garantizará una información financiera oportuna y confiable para la adecuada toma de decisiones por parte de la Gerencia para el eficiente funcionamiento de la Entidad.

## Política de gestión de administración de activos fijos

La ESE Hospital Marco Fidel Suárez tiene como finalidad garantizar los recursos físicos mínimos necesarios para la prestación de los servicios de salud de acuerdo con la complejidad de la institución.

## Política de gestión del talento humano

La ESE Hospital Marco Fidel Suárez tiene como política de gestión del recurso humano, contar con un talento humano competente, con sentido de pertenecía, comprometido con la institución y liderando procesos y procedimientos en su área laboral, soportados en la ética, en los valores y principios institucionales, asumiendo con respeto y transparencia su rol dentro de la ESE, ejerciendo buenas prácticas de manejo y uso eficiente de los recursos, teniendo en cuenta que el factor humano es el principal activo de la institución, buscando siempre el fortalecimiento de sus competencias requeridas para el desarrollo de los propósitos institucionales y la realización personal del individuo.

## Política en prevención del consumo de sustancias psicoactivas

LA ESE HOSPITAL MARCO FIDEL SUÁREZ ha definido y establecido la presente POLÍTICA DE PREVENCIÓN DE CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y DROGAS con el fin de promover, prevenir y fomentar el bienestar de los trabajadores vinculados con la empresa, contratistas, misionales y partes interesadas, ya que el consumo de sustancias genera impactos negativos sobre la sociedad, afecta los ambientes de trabajo, agravan los riesgos ocupacionales, atentan contra la salud y la seguridad, constituyéndose en amenaza para la integridad física y mental de la población trabajadora de la ESE HOSPITAL MARCO FIDEL SUÁREZ, debido a sus peligros asociados.

## Política de reúso de dispositivos médicos

Con el fin de mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud de manera eficiente, con adecuada utilización de los recursos y minimizando los riesgos para los usuarios y operarios de la misma, el Hospital Marco Fidel Suarez se compromete al no reúso de dispositivos médicos en los procedimientos y el tratamiento del paciente, exceptuando aquellos dispositivos que acorde con las recomendaciones del fabricante, y que para esto se cuenta con soportes que validen los procesos y técnicas aprobadas para su esterilización garantizando la calidad de los procesos y la seguridad de la atención en salud.

## Política de Docencia Servicio

La ESE Hospital Marco Fidel Suárez, se compromete a facilitar escenarios de aprendizaje de alto nivel académico fundamentados en la ética, los valores institucionales, la humanización en lo servicios y la seguridad del paciente, e incentivando la investigación sin riesgo, como pilares para el desarrollo del talento humano en salud a través de la articulación con instituciones de Educación Superior por medio de la adopción de los Convenios Docencia Servicio, donde predomine el respeto a la dignidad y protección de los derechos de los usuarios.

## Política de participación social en salud-PPSS

La ESE Hospital Marco Fidel Suarez, consiente de la importancia de la Participación Ciudadana como derecho vinculado al derecho fundamental a la salud y en busca de garantizar, gestionar los procesos participativos en la institución y brindar acompañamiento y apoyo a las instancias de participación, se compromete a seguir en práctica las líneas de acción que se encuentran integradas en el plan de participación adjunto a esta resolución.

## Política de control de infecciones

La ESE Hospital Marco Fidel Suárez, se compromete a intervenir los factores de riesgo implicados en el comportamiento de las infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS), de forma tal que se prevengan y controlen. Esta política está orientada hacia el compromiso y la acción frente a las prioridades de mitigación y control, a partir de la integración de todos actores involucrados, directa o indirectamente, en la prevención, el control y la vigilancia 84 MANUAL DE POLITICAS INSTITUCIONAL Código: HMFS-DC-0201 Versión: 12 Fecha de Actualización: Agosto del 2024 Elaboró: Equipo Calidad epidemiológica de las IAAS, mediante tres líneas de intervención: gestión de calidad de los servicios de salud, vigilancia epidemiológica de las infecciones intrahospitalarias y uso racional de antibióticos a partir de la vigilancia de la resistencia antimicrobiana hospitalaria.

## Política de prestación de servicios de salud

La ESE Hospital Marco Fidel Suárez, se compromete a prestar servicios de salud, orientados hacia la generación de una atención humana y compasiva, donde las necesidades y expectativas en salud de los pacientes sean el centro sobre el cual gire el accionar de la institución, direccionando sus acciones hacia una gestión integral tanto administrativa como asistencial. La ESE reconoce como un pilar

fundamental la humanización en la prestación de los servicios de salud, buscando la calidad en la atención brindada desde su ingreso hasta el egreso.

### Política de investigación

La ESE Hospital Marco Fidel Suárez, se compromete a propiciar escenarios de investigación para estudiantes, docentes, empleados, colaboradores y demás grupos de interés enmarcados en las normas y principios éticos que nos rigen y bajo una orientación de seguridad, imparcialidad, inclusión y confidencialidad en búsqueda de resultados que fortalezcan el conocimiento y el desarrollo en salud y lograr beneficios para la comunidad.

### Política de tratamiento y protección de datos personales

Dando cumplimiento a la Ley 1581 de 2012 y del Artículo 2.2.2.25.1.1. y siguientes del Decreto 1074 de 2015 por medio del cual se expide el decreto Único Reglamentario del Sector Comercio, Industria y Turismo, mediante los cuales se implementa la protección de datos personales, la ESE Hospital Marco Fidel Suárez como responsable del tratamiento de los datos personales de sus usuarios y sus familias, proveedores, empleados, estudiantes, y demás información suministrada y almacenada por la institución, se compromete con el cumplimiento de la normativa mencionada y la protección de los derechos de las personas.

## POLÍTICAS ESTABLECIDAS EN EL MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN:

### Política de fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos

La ESE Hospital Marco Fidel Suárez dentro de su Plan de Desarrollo "Unidos por la eficiencia y la calidad" se compromete a fortalecer la organización desde ocho líneas estratégicas, además establece el mapa de procesos y su clasificación (procesos estratégicos, misionales, de apoyo y transversales) estandarizando así el funcionamiento de la institución basado en una gestión por procesos, que permita el cumplimiento de los objetivos institucionales, la satisfacción del usuario, y una prestación de servicios humanizados y de calidad.

### Política de planeación institucional

La ESE Hospital Marco Fidel Suárez fomenta una cultura de planeación mediante la elaboración, seguimiento y evaluación de planes, programas y proyectos institucionales, permitiendo la entrega de información vital para la toma correcta de decisiones estratégicas. En la planeación se identifican y priorizan las

necesidades y requerimientos de los grupos de interés, por medio de una construcción colectiva, que permite el fortalecimiento de los procesos estratégicos, misionales y de apoyo que se ve reflejado en acciones que generan un impacto positivo frente al buen uso de los recursos económicos, humanos y tecnológicos de la institución.

**Política de integridad**

La ESE Hospital Marco Fidel Suárez, se compromete a fortalecer la confianza con los grupos de interés, a través de la implementación de los valores establecidos en el Código de Integridad, con el propósito de garantizar el actuar honesto, ético y profesional de todos los colaboradores y funcionarios de la institución acogiéndose a los lineamientos establecidos por la Función Pública. La ESE reconoce la necesidad de construir una política, que establece mínimos de integridad homogéneos para sus colaboradores y funcionarios, convirtiéndose así, en una guía que orientara el comportamiento.

**Política De Control Interno**

El control interno se expresará a través de las políticas aprobadas por los niveles de dirección y administración, se cumplirá en toda la escala de la estructura administrativa y está encaminado a establecer y mantener un sistema basado en una cultura de autocontrol, autogestión y autorregulación, en la cual todos los colaboradores son responsables de asegurar la gestión de los riesgos, la efectividad de los controles a su cargo, así como de velar por el mejoramiento continuo de sus procesos.

Por lo anterior la ESE Hospital Marco Fidel Suarez se compromete a acoger el Sistema de Control Interno como herramienta para alcanzar el logro de los objetivos institucionales.

**Política De Gestión Documental**

La ESE Hospital Marco Fidel Suárez, consciente de la importancia de una adecuada administración de los documentos en todos los niveles de la entidad, pone a disposición el programa de gestión documental el cual determinará las directrices y lineamientos, con el objetivo de hacer que la Entidad cumpla con los principios archivísticos y la normatividad vigente que regulan la materia.

Política de transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción

La ESE Hospital Marco Fidel Suárez se compromete a garantizar la transparencia y el acceso a la información pública como un ejercicio que promueva y genere cultura de divulgación proactiva de la información y respuesta de buena fe ante las solicitudes de los usuarios, en igualdad de condiciones y sin ningún tipo de discriminación. Asimismo, a unir esfuerzos para prevenir, detectar y gestionar los riesgos en los procesos administrativos y misionales de la institución.

**Política de servicio al ciudadano**

La ESE Hospital Marco Fidel Suarez se compromete a orientar sus acciones para facilitar el acceso de los usuarios a los servicios de salud, garantizando el cumplimiento de los derechos y deberes, enmarcados en los principios como información completa y clara, atención oportuna y de calidad que permita incorporar las necesidades y expectativas de los usuarios.

Esta política adopta y aplica los lineamientos establecidos por el Modelo Integrado de Planeación y Gestión en su dimensión de Gestión con valores para resultados.

**Política de racionalización de trámites**

La ESE Hospital Marco Fidel Suárez se compromete a gestionar los procesos institucionales orientados a la racionalización, simplificación y automatización de los trámites que ofrece, reduciendo costos, tiempos y/o procedimientos, facilitando a los ciudadanos el acceso a sus derechos y cumplimiento de sus deberes a través de opciones que les permitan desarrollar las actividades de manera ágil y efectiva.

**Política gobierno digital**

La ESE Hospital Marco Fidel Suárez se compromete a adoptar e implementar la política de Gobierno Digital establecida mediante el Decreto 1008 de 2018 y la cual forma parte del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, teniendo por objetivo "Promover el uso y aprovechamiento de las tecnologías de la información y las comunicaciones para consolidar un Estado y ciudadanos competitivos, proactivos, e innovadores, que generen valor público en un entorno de confianza digital". Asimismo, el manual de implementación de la política el cual establece las orientaciones generales y específicas para alcanzar los propósitos.

## Política de gestión del conocimiento y la innovación

La política de gestión del Conocimiento y la Innovación se encuentra inmersa en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, y tiene como finalidad transformar el conocimiento de la gestión pública generada a través de datos, información, ideas, investigaciones y experiencias, la cual debe ser aplicada a las entidades públicas en general, según dispone el Decreto 1499 de 2017. El Modelo MIPG cuenta con siete dimensiones, entre ellas, la dimensión de Gestión del Conocimiento e Innovación con la cual se busca fortalecer transversalmente a las demás dimensiones (Direccionamiento Estratégico y Planeación, Gestión para el Resultado con Valores, Evaluación de Resultados, Talento Humano, Control Interno e Información y Comunicación) con la mezcla de experiencia, valores, información y "saber hacer" del capital humano que posee la ESE Hospital Marco Fidel Suárez y que sirve como marco de referencia para hacer dela entidad una Organización Inteligente y generadora de valor público a través de la gestión del conocimiento y la innovación, para la atención y satisfacción de los usuarios que demandan Nuestros servicios.

## Política de gestión de la información estadística

La ESE Marco Fidel Suarez, se compromete a generar información estadística de calidad que contribuya a la toma de decisiones para el mejoramiento continuo de los procesos misionales, diseñando planes y estrategias que permitan dar respuesta oportuna a las necesidades de la institución.

## Política seguimiento y evaluación del desempeño institucional

El Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG es un marco de referencia para dirigir, planear, ejecutar, hacer seguimiento, evaluar y controlar la gestión de las instituciones y organismos públicos, con el fin de generar resultados que atiendan los planes de desarrollo y resuelvan las necesidades y problemas de los ciudadanos, con integridad y calidad en el servicio, según dispone el Decreto 1499 de 2017.

Es necesario fortalecer el Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG con la incorporación de la Política de Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional como una de las políticas que pretende, a partir de los ejercicios de seguimiento y evaluación de la gestión institucional, orientar la toma de decisiones oportunas y aterrizadas a la realidad para el logro de resultados y cumplimiento de las metas y compromisos con los grupos de valor.

La Política de Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional enmarcada en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión pretende coordinar la toma de

acciones en cuanto a las observaciones y acciones de mejora derivadas de las evaluaciones de desempeño institucional que se realicen en la institución.

**Política de compras**

La ESE Hospital Marco Fidel Suárez realizará todas las gestiones administrativas y operativas para adquirir bienes insumos y servicios de acuerdo con parámetros de calidad, cantidad, presentación, oportunidad y precio, de forma que permitan el normal funcionamiento de la institución cumpliendo los requerimientos legales y estatutarios vigentes. Para dar cumplimiento a la Política la ESE Hospital Marco Fidel Suárez realizará las siguientes acciones enmarcadas con el objetivo de dicha Política:

• Formulación del Plan Anual de Adquisiciones.
• Realización de Comité de Compras y/o Contratación para la aprobación de la contratación y compras de bienes y servicios. El Comité de Compras se reunirá por lo menos una vez al mes y el Comité de Contratación cada vez que por necesidad de la contratación de bienes y servicios se requiera.

**ESTRATEGIAS**

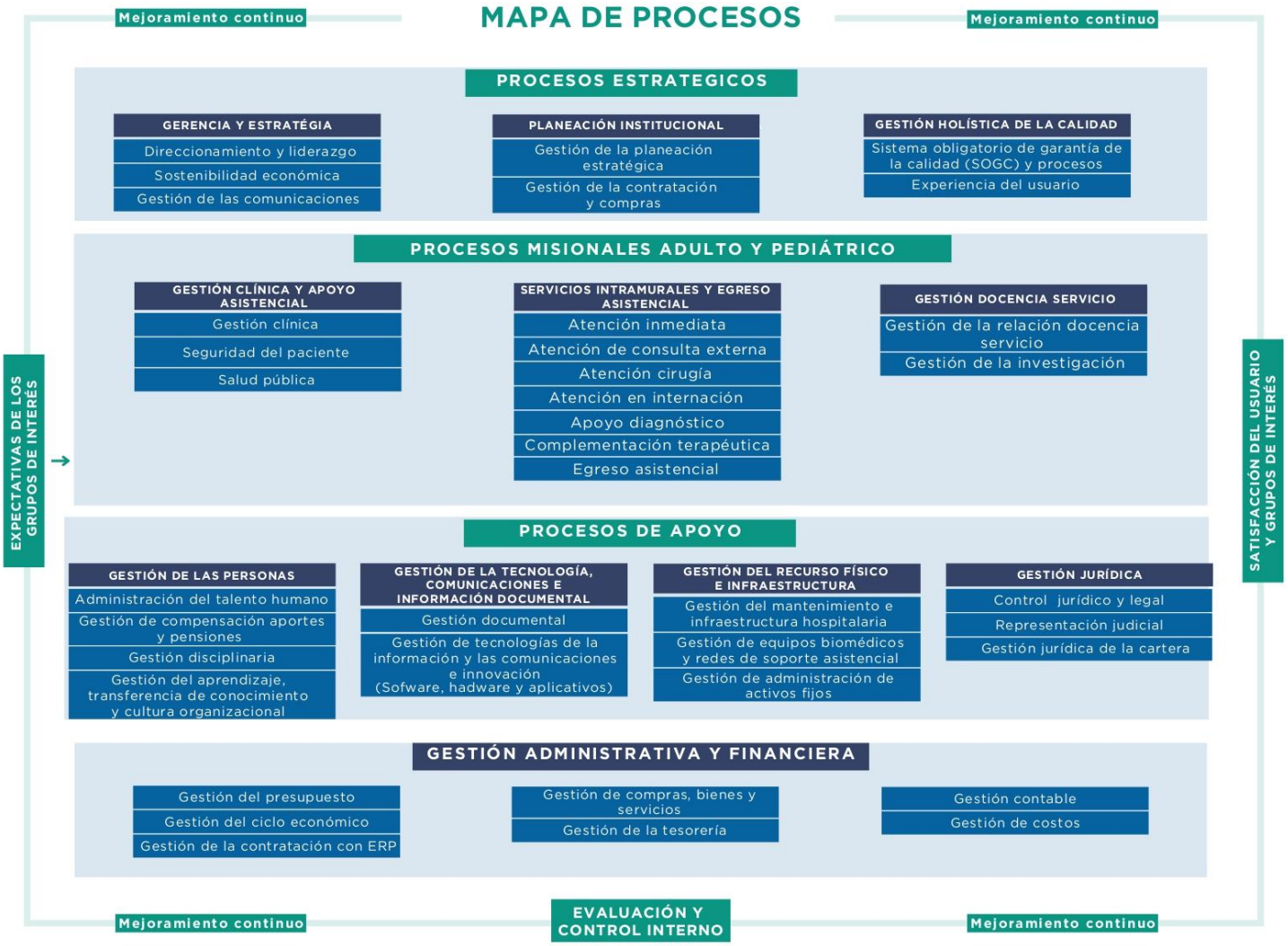
• Planeación adecuada y oportuna de las necesidades de bienes y servicios para el óptimo funcionamiento de la ESE Hospital Marco Fidel Suárez, las cuales se verán plasmadas en el plan anual de adquisiciones.
• Aprobación de todas las compras de Bienes y Servicios a través de los Comité de COMPRAS y/o CONTRATACION que garanticen la negociación en términos de oportunidad, eficiencia, transparencia e imparcialidad.
• Control y seguimiento al buen uso de todos los bienes y servicios por parte de los funcionarios de la ESE Hospital Marco Fidel Suárez.
• Brindar el adecuado mantenimiento preventivo y/o correctivo a los activos fijos del Hospital a fin de lograr el cumplimiento de la vida útil sin perjuicio económico ante deterioros anticipados de los mismo.
• Revisión periódica de la normatividad aplicable.

**Política de seguridad digital**

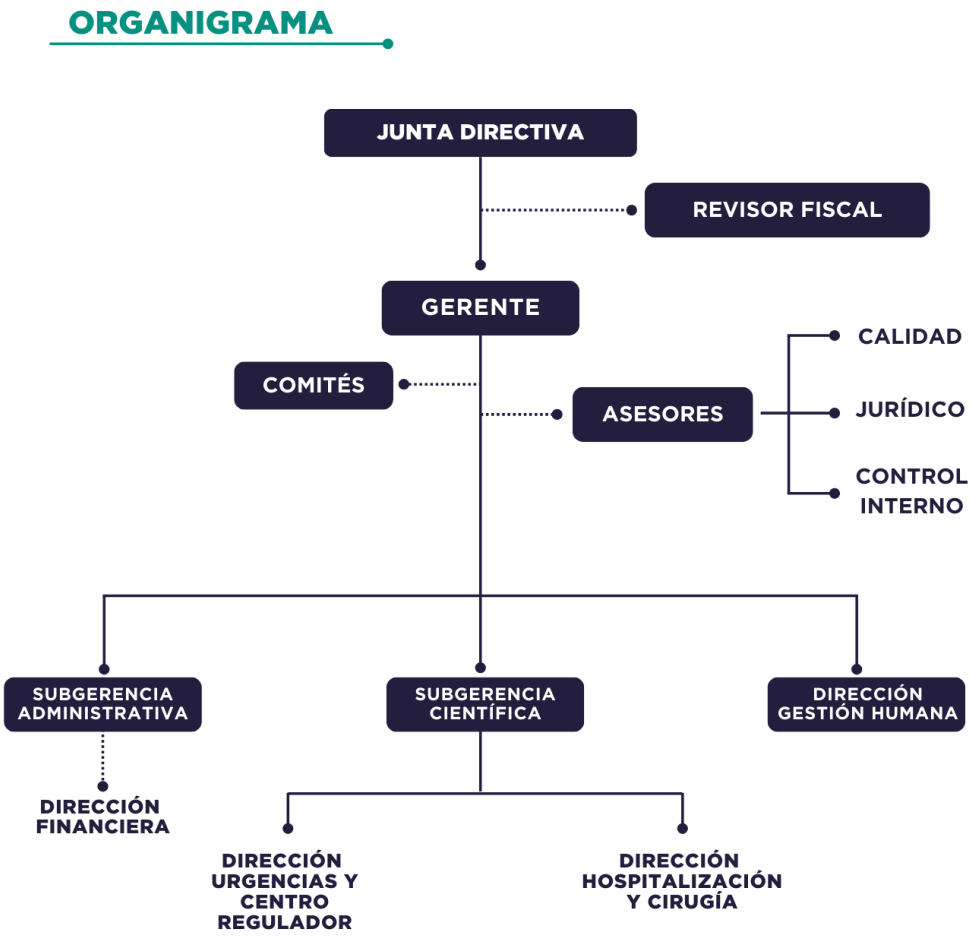
Establecer las directrices, medidas y patrones de administración y organización de las TICs en la ESE Hospital Marco Fidel Suárez, para el adecuado uso de los servicios y recursos de tecnología informática asignados a los usuarios, para el ejercicio y cumplimiento de sus funciones.

## 10.7. Mapa de procesos

**El Mapa de procesos Institucional** se modifica junto con la plataforma estratégica de acuerdo con las actualizaciones de los procesos y las acciones de mejoramiento continuo de los mismos. Dado lo anterior se unen algunos procesos, se agrega mejoramiento continuo como proceso transversal quedando **40 procesos institucionales.**



## 10.8. Organigrama



# 11. ARTICULACIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL "JUNTOS POR LA SOSTENIBILIDAD CONSCIENTE Y EL COMPROMISO DE VIDA", CON LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE, PLANES DE DESARROLLO NACIONAL, DEPARTAMENTAL Y MUNICIPAL Y PLAN TERRITORIAL DE SALUD ANTIOQUIA

| ALINEACIÓN | LINEA /OBJETIVO/PLAN |
|---|---|
| **OBJETIVO DE DESARROLLO SOSTENIBLE** | 3 SALUD Y BIENESTAR |
| | 8 TRABAJO DECENTE Y CRECIMIENTO ECONOMICO |
| | 9 INDUSTRIA INNOVACION E INFRAESTRUCTURA |
| | 17 ALIANZAS PARA LOGRAR LOS OBJETIVOS |
| **PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 2022-2026 Colombia, potencia mundial de la vida LEY 2294 DE 2023** | Seguridad humana y Justicia Social |
| | Transformación productiva, internacionalización y acción climática |
| **PLAN DE DESARROLLO DEPARTAMENTAL 2023-2027 Por Antioquia Firme** | **Línea Estratégica 2 Cohesión desde lo social** |
| | 2.1 Bien-Estar: Salud integral |
| | 2.1.1 Cuidado integral: gestión de la salud pública y la protección social en el territorio |
| | 2.1.3 Acceso con calidad a la red prestadora de servicios de salud |
| | 2.3 Educación y cultura con pertinencia y calidad |
| | 2.3.5 Innovación y desarrollo para el mejoramiento de la gestión y la calidad |
| **PLAN TERRITORIAL DE SALUD 2024-2028** | Fortalecimiento institucional del sistema de información y seguridad informática |
| | Interoperabilidad para automatizar los informes de salud e historia clínica |
| | Acceso a la salud desde la telemedicina, antecediendo una socialización con la comunidad |
| **PLAN DE DESARROLLO MUNICIPAL 2024 - 2027 Juntos Construimos** | **Línea estratégica 5** |
| | Programa 1.6.6 Juntos por el acceso y uso de las tecnologías de la información y las comunicaciones |
| **OBJETIVO(S) ESTRATEGICO INSTITUCIONAL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2024-2028 Juntos por la sostenibilidad consciente y el compromiso de vida** | **1. EXCELENCIA COMO COMPROMISO** |
| | Gestionar la excelencia en el desempeño sistemático de procesos institucionales y la prestación de servicios de salud, con énfasis en el recurso humano, la transferencia de conocimiento y la innovación |

## 12. LÍNEAS ESTRATÉGICAS DEL PLAN DE DESARROLLO

El desarrollo de estas líneas traza los objetivos, estrategias y acciones específicas para alcanzar las metas a corto, mediano y largo plazo en nuestro hospital en aras de trabajar por la prestación de servicios de salud, la comunidad y los colaboradores.

## Estructura programática del Plan de Desarrollo

La estructura programática se refiere a la organización y planificación de un programa o proyecto, incluyendo sus objetivos, actividades e indicadores.

El plan presentado se desarrolla bajo una estructura programática híbrida, que implica combinar elementos de diferentes estructuras programáticas, adaptándose a las necesidades específicas de los programas y sus proyectos.

## Estructura programática de nuestros programas y proyectos

**Introducción:** Presentación del programa o proyecto, incluyendo su contexto.

**Objetivos:** Definición de los objetivos específicos, medibles, alcanzables, relevantes y temporales (SMART) del programa o proyecto.

**Actividades:** Descripción detallada de las actividades que se realizarán para alcanzar los objetivos del programa o proyecto.

**Responsable:** Identificación del área responsable.

**Ficha de indicador:** Establecimiento de una ficha detallada para la medición de la implementación del programa o proyecto.

LÍNEA ESTRATÉGICA 1

# Gobernabilidad y sostenibilidad consciente

## 12.1. Línea 1: Gobernabilidad y sostenibilidad consciente

### Objetivo

Avanzar en la consolidación de la ESE como una institución viable y sostenible a partir del fortalecimiento del ciclo económico, la gestión jurídica, gestión de riesgos institucionales, el ambiente de control y el impacto positivo al medio ambiente que genere valor a todos los grupos de interés.

| ALINEACIÓN – línea 1 | LINEA /OBJETIVO/PLAN |
|---|---|
| **OBJETIVO DE DESARROLLO SOSTENIBLE** | 3 SALUD Y BIENESTAR |
| | 8 TRABAJO DECENTE Y CRECIMIENTO ECONÓMICO |
| | 12 PRODUCCIÓN Y CONSUMO RESPONSABLES |
| | 13 ACCIÓN POR EL CLIMA |
| | 15 VIDA DE ECOSISTEMAS TERRESTRES |
| | 17 ALIANZAS PARA LOGRAR LOS OBJETIVOS |
| **PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 2022-2026 Colombia, potencia mundial de la vida LEY 2294 DE 2023** | Seguridad Humana y Justicia Social |
| | Transformación productiva, internacionalización y acción climática |
| **PLAN DE DESARROLLO DEPARTAMENTAL 2023-2027 Por Antioquia Firme** | Línea Estratégica 2: Cohesión desde lo social |
| | 2.1 Bien-Estar: salud integral |
| | 2.1.3 Acceso con calidad a la red prestadora de servicios de salud |
| | 2.1.4 Aseguramiento y prestación de servicios de salud |
| **PLAN TERRITORIAL DE SALUD 2024-2028** | Interoperabilidad para automatizar los informes de salud e historia clínica |
| **PLAN DE DESARROLLO MUNICIPAL 2024 -2027 Juntos Construimos** | Línea Estratégica 1: Juntos Construimos el Tejido Social Bellanita |
| | 6.2 sector salud |
| | 6.2.2 Componente estratégico salud |
| | programa 1.2.1 Gestión y vigilancia de los riesgos sanitarios y ambientales |
| | Línea Estratégica 4 Juntos Construimos el Desarrollo rural y ambiental |
| | Programa 4.1.3 Juntos contribuimos al mejoramiento continuo de la calidad del aire |
| **OBJETIVO(S) ESTRATEGICO INSTITUCIONAL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2024-2028 Juntos por la Sostenibilidad Consciente y el Compromiso de Vida** | 1. SOSTENIBILIDAD CONSCIENTE |
| | Equilibrar la calidad y la eficiencia en la prestación de servicios de salud con la responsabilidad ambiental y la sostenibilidad consciente |
| | 2. EFICIENCIA COMO INSPIRACIÓN |
| | Consolidar el ciclo económico como modelo inspirador y eje transversal que permita incrementar la eficiencia financiera en los procesos administrativos que soportan la operación institucional y el flujo constante de recursos económicos |

Comprende el pensamiento gerencial que implica la toma de decisiones informadas y responsables que consideren implicaciones, sociales, ambientales, económicas y de perdurabilidad a corto, mediano y largo plazo.

### Indicadores de resultado - línea 1

| ITEM | INDICADOR | UNIDAD DE MEDIDA | LÍNEA DE BASE 2023 | META X ANUALIDAD | DEPENDENCIA RESPONSABLE |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Calificación sostenibilidad y rentabilidad | Porcentaje % | N/A | >= 90% | Subgerencia administrativa y financiera |
| 2 | Calificación ambiente de confianza | Porcentaje % | N/A | >= 90% | Asesor jurídico Asesor control interno |
| 3 | Calificación compromiso ambiental | Porcentaje % | N/A | >= 90% | Subgerencia administrativa y financiera |

## PROGRAMAS Y PROYECTOS LÍNEA 1

| |
|---|
| **Programa 1: sostenibilidad y rentabilidad** |
| **Proyecto 1**: automatización del desempeño del plan de desarrollo institucional, plan operativo anual y plan de gestión |
| **Proyecto 2:** plan de rentabilidad y sostenibilidad financiera 2.0 |
| **Proyecto 3:** automatización y documentación del ciclo económico 2.0 |
| **Proyecto 4:** gerenciamiento de costos |
| **Proyecto 5:** taller de optimización de activos |
| **Programa 2: gestión de riesgos** |
| **Proyecto 1:** gestión integral de riesgos institucionales |
| **Programa 3: maximización del sistema de control interno** |
| **Proyecto 1:** ambiente de control interno 2025 – planes de mejoramiento 2.0 |
| **Programa 4: cuidado ambiental** |
| **Proyecto 1**: responsabilidad social empresarial |
| **Proyecto 2:** medición de huella de carbono |
| **Proyecto 3:** plan de movilidad empresarial sostenible (PMES) |
| **Proyecto 4:** aprovechamiento de residuos orgánicos por medio de compostaje |
| **Proyecto 5:** reducción y optimización del consumo de papel |
| **Proyecto 6**: gestión segura de sustancias químicas |
| **Proyecto 7:** reducción del consumo de plásticos de un solo uso |
| **Proyecto 8:** mejora en la calidad del agua almacenada, sede Niquía |
| **Programa 5: modelo de gestión jurídica** |
| **Proyecto 1:** implementación del modelo integral de contratación |
| **Proyecto 2:** seguridad jurídica y prevención del daño antijuridico |

## Programa 1: sostenibilidad y rentabilidad

## Objetivo

Incrementar la capacidad de la ESE para generar beneficios antes de considerar los costos de financiación y tributación.

*Comprende la iniciativa gerencial de planificación, organización, dirección y control de los recursos económicos del hospital.*

## Indicador de producto

| NOMBRE DEL INDICADOR | UNIDAD DE MEDIDA | FORMA DE CALCULO | META 2024-2028 | DEPENDENCIA O RESPONSABLE |
|---|---|---|---|---|
| Generación de Rentabilidad | Porcentaje % | Cálculo EBITDA mes | >= 3% | Subgerencia administrativa y financiera |
| Gestión de Riesgo sobre la totalidad de los procesos institucionales | Número | Acumulado | 40 | Planeación institucional |

## Este incluye

1. Planificación: Establecer objetivos y metas económicas a corto, mediano y largo plazo.

2. Presupuestación: Establecer un presupuesto que refleje los ingresos y gastos proyectados.

3. Gestión de ingresos y ciclo de facturación: Administrar las fuentes de ingreso del hospital, incluyendo el ciclo económico (la admisión, la facturación, la radicación, recaudo) y la gestión de cartera.

4. Gestión de gastos: Controlar y reducir los gastos del hospital, incluyendo la compra de suministros, la contratación de personal y la gestión de la infraestructura.

5. Análisis y evaluación: Analizar y evaluar el desempeño económico del hospital, identificando áreas de mejora y oportunidades de crecimiento.

## Expectativas de la gestión del ciclo económico

**1. Mejora de la eficiencia:** Reducir costos y mejorar la eficiencia en la gestión de los recursos económicos.

**2. Aumento de la rentabilidad:** Mejorar la rentabilidad del hospital a través de la gestión efectiva de los ingresos y gastos.

**3. Mejora de la calidad de la atención:** Asegurar que los recursos económicos se utilicen de manera efectiva para mejorar la calidad de la atención asistencial.

**4. Cumplimiento de la sostenibilidad económica:** Asegurar que el hospital sea financieramente sostenible a largo plazo y amigable con el medio ambiente.

## PROYECTO 1 (PROGRAMA 1): AUTOMATIZACIÓN DEL DESEMPEÑO DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL, PLAN OPERATIVO ANUAL Y PLAN DE GESTIÓN

### Contexto del proyecto

Necesidad de optimizar los procesos de seguimiento y control.

Esta iniciativa busca reemplazar los métodos manuales y tradicionales que se realizan actualmente por medio de un archivo de Excel.

**Esto permitirá**

- **Mayor eficiencia:** Reducir el tiempo dedicado a tareas repetitivas y propensas a errores humanos.
- **Mayor precisión:** Minimizar la posibilidad de desviaciones en los datos y garantizar la integridad de la información.
- **Mejor seguimiento:** Obtener una visión más clara y actualizada del progreso de los planes en tiempo real.
- **Mayor agilidad:** Facilitar la toma de decisiones basada en datos confiables y oportunos.

### Objetivo del proyecto

Monitorear en línea el avance del Plan de Desarrollo Institucional, Plan Operativo Anual y Plan de Gestión del gerente para evaluar los indicadores y metas establecidas de cara al cumplimiento normativo y maximización de resultados.

## Principales actividades

- Levantamiento de información relacionada con definiciones, proyectos, estrategias, actividades e indicadores, de acuerdo con lo trazado en el plan de desarrollo institucional, Plan operativo anual y el plan de gestión.
- Levantamiento de los requerimientos que debe cumplir la herramienta de software que soportará la ejecución del proyecto.
- Desarrollo de la herramienta.
- Ejecución de pruebas de la Herramienta.
- Puesta en marcha de operación la herramienta desarrollada.

## Indicadores de gestión

| | | |
|---|---|---|
| **INDICADOR 1** | **Nombre** | **GESTIÓN DE EJECUCIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL AUTOMATIZADO** |
| | **Fórmula** | Número de metas del Plan Operativo Anual cumplidas / Número de metas del Plan Operativo Anual Programadas |
| | **Fuente numerador** | Tablero control seguimiento plan operativo anual |
| | **Fuente denominador** | Tablero control seguimiento plan operativo anual |
| | **Factor escala** | 100 |
| | **Meta** | >=90% |
| | **Responsable** | Planeación |
| | **Frecuencia de medición** | Mensual |
| **INDICADOR 2** | **Nombre** | **SEGUIMIENTO A LOS INDICADORES DEL PLAN DE GESTIÓN DEL GERENTE AUTOMATIZADO** |
| | **Fórmula** | Número de indicadores del plan de gestión con seguimiento / Número de indicadores del plan de gestión que aplican |
| | **Fuente numerador** | Tablero de control seguimiento al plan de gestión |
| | **Fuente denominador** | Tablero de control seguimiento al plan de gestión |
| | **Factor escala** | 100 |
| | **Meta** | 100% |
| | **Responsable** | Planeación |
| | **Frecuencia de medición** | Mensual |
| **INDICADOR 3** | **Nombre** | **CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES DE AUTOMATIZACIÓN** |
| | **Fórmula** | Total actividades ejecutadas / Total actividades planeadas |
| | **Fuente numerador** | Cronograma de actividades del proyecto |
| | **Fuente denominador** | Cronograma de actividades del proyecto |
| | **Factor escala** | 100 |
| | **Meta** | 100% |
| | **Responsable** | Planeación Institucional |
| | **Frecuencia de medición** | Trimestral |

## PROYECTO 2 (PROGRAMA 1): PLAN DE RENTABILIDAD Y SOSTENIBILIDAD FINANCIERA 2.0

### Contexto del proyecto

El plan de rentabilidad y sostenibilidad financiera en un hospital público es complejo y desafiante, pero también ofrece grandes oportunidades para mejorar la gestión y garantizar la continuidad de los servicios. Al implementar un plan estratégico bien diseñado, los hospitales públicos pueden fortalecer su posición financiera y contribuir a mejorar la salud de la población.

El plan de rentabilidad y sostenibilidad financiera es un documento estratégico que detalla las acciones y medidas a implementar para garantizar la viabilidad económica a largo plazo de la institución. Este plan se vuelve crucial en un contexto donde los hospitales públicos enfrentan desafíos como:

- **Aumento de la demanda de servicios:** El envejecimiento de la población y el incremento de enfermedades crónicas generan una mayor presión sobre los recursos.
- **Limitación de los presupuestos:** Los recursos financieros son cada vez más escasos, lo que obliga a buscar nuevas formas de financiamiento y optimizar los gastos.
- **Cambios en los modelos de atención:** La implementación de nuevas tecnologías y la necesidad de brindar una atención más centrada en el paciente requieren adaptarse a nuevos paradigmas.

### El plan de rentabilidad y sostenibilidad es importante porque:

- **Asegura la continuidad de los servicios:** Garantizar que el hospital pueda seguir brindando atención de calidad a la población.
- **Optimiza el uso de los recursos:** Identificar y eliminar ineficiencias, maximizando el impacto de cada inversión.
- **Fortalece la posición financiera:** Mejorar la solvencia y la liquidez del hospital.
- **Adaptarse a los cambios del entorno:** Responder de manera proactiva a las nuevas tendencias y desafíos del sector salud.

### Objetivo del proyecto

Realizar seguimiento a la gestión desde la planeación, ejecución y verificación de los componentes financieros del Plan de Sostenibilidad Económica y Financiera de la ESE HOSPITAL MARCO FIDEL SUÁREZ, con el fin de alcanzar los

objetivos económicos revelando los resultados de las buenas prácticas en términos del logro de eficiencia financiera.

### Principales actividades

- Lograr la categorización de la ESE como "sin riesgo" o "bajo riesgo" por el MPS al terminar cada vigencia.
- Realizar el 90 % de las compras por mecanismos conjuntos o electrónicos para lograr mejores costos de adquisición de medicamentos, dispositivos médicos e insumos hospitalarios en la ESE.
- Cumplir con las obligaciones mayores a 30 días al personal de planta y contratistas al cierre de cada periodo.
- Realizar el cierre contable y presupuestal de manera veraz y oportuna para la toma de decisiones.
- Garantizar el cumplimiento oportuno de las obligaciones de la ESE, mediante la adecuada gestión de cartera.
- Saneamiento de pasivos.
- Desarrollar políticas de responsabilidad social y compromiso ambiental.
- Seguimiento trimestral de los avances del plan de rentabilidad y sostenibilidad.

### Indicadores de gestión

| | | |
|---|---|---|
| **INDICADOR 1** | **Nombre** | **GESTIÓN DE MARGEN OPERACIONAL** |
| | **Fórmula** | Utilidad operacional / Ingresos |
| | **Fuente numerador** | Dinámica gerencial |
| | **Fuente denominador** | Dinámica gerencial |
| | **Factor escala** | 100 |
| | **Meta** | 3% |
| | **Responsable** | Subgerencia Administrativa y Financiera |
| | **Frecuencia de medición** | Mensual |
| **INDICADOR 2** | **Nombre** | **GESTIÓN MARGEN NETO** |
| | **Fórmula** | Utilidad neta / Ingresos |
| | **Fuente numerador** | Dinámica gerencial |
| | **Fuente denominador** | Dinámica gerencial |
| | **Factor escala** | 100 |
| | **Meta** | 3% |
| | **Responsable** | Subgerencia Administrativa y Financiera |
| | **Frecuencia de medición** | Mensual |

## PROYECTO 3 (PROGRAMA 1): AUTOMATIZACIÓN Y DOCUMENTACIÓN DEL CICLO ECONÓMICO 2.0

### Contexto del proyecto

Al implementar la automatización del ciclo económico, los hospitales públicos pueden mejorar significativamente su gestión financiera, liberar recursos para la atención al paciente y fortalecer su posición en el sector salud.

Este proceso busca la optimización de los subprocesos relacionados con el ciclo económico de la factura, utilizando robots para realizar el armado de cuentas a las diferentes entidades responsables de pago, garantizando que sean recibidos por el destinatario, evitando que se generen glosas y devoluciones cumpliendo así con lo estipulado en la norma, contando con los soportes necesarios para la conciliación de cartera.

### Objetivo del proyecto

Optimizar los procesos financieros relacionados con la generación, emisión y cobro de facturas, con el fin de mejorar la eficiencia, reducir costos y garantizar la transparencia en la gestión de los recursos, así como minimizar el impacto ambiental a través de la disminución del papel disminuyendo la impresión de documentos y optimizando el recurso humano con el que cuenta la ESE para el proceso.

### Principales actividades

- **Recolectar la información**: del proceso para el armado de cuentas y la radicación de facturas disminuyendo el margen de error en los procedimientos que dependen de la automatización.
- **Configuración del sistema:** Configurar el software seleccionado para que se adapte a los procesos específicos del hospital.
- **Integración de sistemas:** Asegurar la integración con los sistemas existentes.
- **Capacitación del personal:** Impartir capacitación al personal involucrado en el uso de la nueva tecnología.
- **Pruebas:** Realizar pruebas exhaustivas para garantizar el correcto funcionamiento del sistema.
- **Lanzamiento gradual:** Implementar la solución de forma gradual para minimizar los riesgos y facilitar la adaptación.

- **Monitoreo continuo:** Realizar un seguimiento constante del desempeño del sistema y de los procesos automatizados.
- **Documentar los procesos:** Actualizar los documentos detallados de los procesos automatizados, incluyendo flujos de trabajo, roles y responsabilidades.
- **Gestión de cambios:** Implementar un proceso de gestión de cambios para realizar ajustes y mejoras de manera controlada.

## Indicadores de gestión

| | | |
|---|---|---|
| **INDICADOR 1** | **Nombre** | **RADICACIÓN DE FACTURAS** |
| | **Fórmula** | Valor radicado / Valor meta de radicación |
| | **Fuente numerador** | Dinámica gerencial |
| | **Fuente denominador** | Dinámica gerencial |
| | **Factor escala** | 100 |
| | **Meta** | 100 % |
| | **Responsable** | Subgerencia Administrativa y Financiera |
| | **Frecuencia de medición** | Mensual |
| **INDICADOR 2** | **Nombre** | **PROMEDIO DIAS DE FACTURACIÓN** |
| | **Fórmula** | Fecha de factura / Fecha de egreso |
| | **Fuente numerador** | Fecha de factura |
| | **Fuente denominador** | Fecha de egreso |
| | **Factor escala** | 1 |
| | **Meta** | 2 días |
| | **Responsable** | Subgerencia Administrativa y Financiera |
| | **Frecuencia de medición** | Mensual |
| **INDICADOR 3** | **Nombre** | **CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES DEL PROYECTO** |
| | **Fórmula** | Total actividades ejecutadas / Total actividades planeadas |
| | **Fuente numerador** | Cronograma de actividades del proyecto |
| | **Fuente denominador** | Cronograma de actividades del proyecto |
| | **Factor escala** | 100 |
| | **Meta** | 100% |
| | **Responsable** | Subgerencia Administrativa y Financiera |
| | **Frecuencia de medición** | Trimestral |

## PROYECTO 4 (PROGRAMA 1): GERENCIAMIENTO DE COSTOS

### Contexto del proyecto

El gerenciamiento de costos es una estrategia que busca optimizar la gestión financiera, mejorar la eficiencia operativa. Este enfoque se vuelve cada vez más relevante en un entorno sanitario caracterizado por la creciente complejidad de los servicios, la necesidad de reducir costos y la demanda de una mayor calidad en la atención.

### Objetivo del proyecto

Gerenciar y automatizar a través de una herramienta que permita documentar el proceso de costos facilitando la medición de los niveles de rentabilidad por cada centro de costos que tiene la ESE, minimizando los errores que se puedan presentar en el proceso y garantizando el acceso oportuno a la información para la toma de decisiones estratégicas y operativas.

### Indicadores de gestión

| | | |
|---|---|---|
| **INDICADOR 1** | **Nombre** | **MARGEN OPERACIONAL** |
| | **Fórmula** | Ingresos facturados por centros de costos / costos y gastos por centros de costos |
| | **Fuente numerador** | Dinámica gerencial |
| | **Fuente denominador** | Dinámica gerencial |
| | **Factor escala** | 100 |
| | **Meta** | 3% |
| | **Responsable** | Subgerencia Administrativa y Financiera |
| | **Frecuencia de medición** | Mensual |
| **INDICADOR 2** | **Nombre** | **EBITDA** |
| | **Fórmula** | Utilidad operacional + depreciación + amortizaciones + deterioros y provisiones / Ingresos totales |
| | **Fuente numerador** | Dinámica gerencial |
| | **Fuente denominador** | Dinámica gerencial |
| | **Factor escala** | 100 |
| | **Meta** | 3% |
| | **Responsable** | Subgerencia Administrativa y Financiera |
| | **Frecuencia de medición** | Mensual |

## PROYECTO 5 (PROGRAMA 1): TALLER DE OPTIMIZACIÓN DE ACTIVOS

### Contexto del proyecto

Por el uso constante y la antigüedad del mobiliario asistencial y administrativo, gran parte de los elementos requiere de mantenimiento correctivo y/o reposición, por lo que se hace necesario consolidar un taller para optimizar los activos a los que se les puede dar una nueva oportunidad e impactar de manera positiva el presupuesto institucional.

### Objetivo del proyecto

Consolidar un taller para optimizar los activos.

### Principales actividades

Listar los elementos que requieran reparaciones producto de los mantenimientos preventivos ejecutados al mobiliario.

Generar concepto de deterioro, vida útil o remanencia.

Solicitar recursos para compra de repuestos o nuevos muebles hospitalarios.

### Indicadores de gestión

| | | |
|---|---|---|
| **INDICADOR 1** | **Nombre** | **CUMPLIMIENTO DE RECUPERACIÓN DE MOBILIARIO** |
| | **Fórmula** | Número de mantenimientos preventivos ejecutados en el periodo/número total de mantenimientos preventivos planeados en el periodo |
| | **Fuente numerador** | Plan de mantenimiento |
| | **Fuente denominador** | Plan de mantenimiento |
| | **Factor escala** | 100 |
| | **Meta** | >70% |
| | **Responsable** | Coordinación de Mantenimiento y coordinación administrativa. |
| | **Frecuencia de medición** | Trimestral |

## Programa 2: gestión de riesgos

### Objetivo

Avanzar en el sistema de gestión de riesgos con un enfoque estructurado y sistemático para impactar todos los procesos institucionales.

### Indicador de Producto

| NOMBRE DEL INDICADOR | UNIDAD DE MEDIDA | FORMA DE CALCULO | META 2024-2028 | DEPENDENCIA O RESPONSABLE |
|---|---|---|---|---|
| Nivel de implementación del SIR (Sistema Integral de Gestión de Riesgos) | Porcentaje % | Acumulado | >=80% | Planeación institucional |

### Con la materialización de este sistema avanzado se espera

**1. Reducción del riesgo:** Consolidar el sistema de gestión de riesgos más allá de lo normativo que nos permitirá reducir la probabilidad y el impacto de los riesgos inherentes.
**2. Mejora de la toma de decisiones:** Los análisis nos generan información valiosa para la toma de decisiones.
**3. Ambiente de confianza:** Para todos los grupos de interés de la institución.
**4. Cumplimiento normativo:** Especialmente de las regulaciones relevantes.

### Estrategias

**Establecer un marco de gestión de riesgos:** Definir el alcance, los objetivos y los nuevos principios del sistema de gestión de riesgos.
**Identificar y evaluar los riesgos:** Identificar y evaluar los riesgos potenciales que pueden afectar el hospital.
**Desarrollar un plan de mitigación:** Desarrollar un plan para mitigar los riesgos identificados.
**Implementar y monitorear el plan:** Implementar el plan de mitigación y monitorear su efectividad.
**Revisar y actualizar regularmente el sistema de gestión de riesgos** para asegurarse de que este siendo efectivo y esté alineado con los objetivos institucionales y gerenciales.

## PROYECTO 1 (PROGRAMA 2): GESTIÓN INTEGRAL DE RIESGOS INSTITUCIONALES

### Contexto del proyecto

El Hospital Marco Fidel Suárez de Bello, como entidad vigilada por la Superintendencia Nacional de Salud, se encuentra comprometido con la implementación de un **Sistema Integrado de Gestión de Riesgos (SIGR)** alineado con las disposiciones establecidas en las circulares externas de la Superintendencia Nacional de Salud. Este proyecto responde a la necesidad de fortalecer la cultura de gestión del riesgo mediante la identificación, evaluación, control y monitoreo de los riesgos que afectan la sostenibilidad, eficiencia y cumplimiento normativo de la institución.

### En este contexto, el proyecto incorpora lineamientos de

- **Circular Externa 03 de 2018:** Mejores prácticas organizacionales, Código de Conducta y Buen Gobierno.
- **Circular Externa 9 de 2016:** Administración del Riesgo de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (SARLAFT).
- **Circular Externa 20211700000004-5 de 2021:** Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y sus subsistemas.
- **Circular Externa 20211700000005-5 de 2021:** Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF).
- **Circular Externa 2022151000000053-5 de 2022:** Transparencia y Ética Empresarial.

### Objetivo del proyecto

Implementar un Sistema Integrado de Gestión de Riesgos (SIGR) que abarque todos los subsistemas definidos por la Superintendencia Nacional de Salud, con el fin de identificar, evaluar, tratar y controlar los riesgos que puedan afectar la prestación de servicios de salud, la seguridad de los pacientes, el personal, las instalaciones y la sostenibilidad financiera del hospital.

## Subsistemas del SIGR

El SIGR estará compuesto por los siguientes subsistemas, en cumplimiento de las disposiciones regulatorias**:**

1. **Riesgo Estratégico:** Gestión de amenazas que puedan impactar el cumplimiento de objetivos estratégicos del hospital.
2. **SARLAFT:** Administración del riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo, con enfoque en cumplimiento normativo y reporte a las autoridades competentes.
3. **SICOF:** Prevención del fraude, corrupción y opacidad mediante controles internos, auditorías y monitoreo continuo.
4. **PTEE:** Implementación del Programa de Transparencia y Ética Empresarial, fortaleciendo la cultura ética institucional.
5. **Protección de Datos:** Garantía de la seguridad, confidencialidad y privacidad de la información de los pacientes y colaboradores.
6. **Riesgo en Salud:** Identificación y control de riesgos asociados a la prestación de servicios de salud, incluyendo seguridad del paciente y calidad asistencial.
7. **Riesgo Operacional:** Gestión de fallos en procesos internos, tecnológicos y humanos que puedan interrumpir las operaciones.
8. **Riesgo de Liquidez:** Monitoreo y control de la capacidad financiera para cumplir con obligaciones de corto plazo.
9. **Riesgo de Crédito y Cartera:** Gestión de riesgos asociados a la recuperación de cartera institucional y la sostenibilidad financiera.
10. **Riesgo Actuarial:** Evaluación de obligaciones actuariales y sostenibilidad de recursos.
11. **Riesgo Reputacional:** Protección de la imagen institucional frente a eventos adversos.
12. **Riesgo por Fallas de Mercado:** Control de impactos derivados de cambios en el entorno económico o regulatorio.
13. **Riesgo en el Mercado de Capitales:** Identificación de riesgos en las inversiones financieras institucionales.
14. **Riesgo de Grupo:** Gestión de interacciones y dependencias con otros actores del sector salud.

## Principales Actividades

- Realización de autodiagnósticos conforme a las circulares externas mencionadas.
- Evaluación de brechas frente a los lineamientos normativos.

- Diseño de políticas, procedimientos y controles específicos para cada subsistema.
- Capacitación del personal en temas de gestión de riesgos, SARLAFT, SICOF y PTEE.
- Evaluación y priorización de Riesgos
- Diseño e implementación de controles específicos.
- Monitoreo continuo de los riesgos críticos.
- Difusión de políticas y estrategias del SIAR a los colaboradores y partes interesadas.
- Publicación de informes de gestión de riesgos y cumplimiento normativo.
- Revisión periódica del SIGR para adaptarse a cambios regulatorios o del entorno operativo.

## Indicadores de gestión

| | | |
|---|---|---|
| **INDICADOR 1** | **Nombre** | **CUMPLIMIENTO EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS SUBSISTEMAS DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO** |
| | **Fórmula** | Número de subsistemas de riesgos implementados / Número subsistemas de riesgos a implementar |
| | **Fuente numerador** | GT001<br>Lista de verificación Circular 4-5 y 5-5 de 2021<br>Lista de verificación Circular 53-5 de 2022<br>Autodiagnósticos Supersalud |
| | **Fuente denominador** | GT001<br>Lista de verificación Circular 4-5 y 5-5 de 2021<br>Lista de verificación Circular 53-5 de 2022<br>Autodiagnósticos Supersalud |
| | **Factor escala** | 100 |
| | **Meta** | 100% |
| | **Responsable** | Planeación Institucional |
| | **Frecuencia de medición** | Mensual |
| **INDICADOR 2** | **Nombre** | **CUMPLIMIENTO DE PROCESOS CON EVALUACIÓN DE RIESGOS** |
| | **Fórmula** | Número con riesgos con evaluación de riesgo actualizada / Número de procesos institucionales |
| | **Fuente numerador** | Matriz de riesgos institucional |
| | **Fuente denominador** | Matriz de riesgos institucional |
| | **Factor escala** | 100 |
| | **Meta** | 100% |
| | **Responsable** | Planeación Institucional |
| | **Frecuencia de medición** | Mensual |

| | | |
|---|---|---|
| INDICADOR 3 | **Nombre** | **PORCENTAJE DE COLABORADORES CAPACITADOS EN GESTIÓN DEL RIESGOS** |
| | **Fórmula** | Total, colaboradores capacitados en gestión del riesgo / total colaboradores |
| | **Fuente numerador** | Matriz de riesgos institucional |
| | **Fuente denominador** | Matriz de riesgos institucional |
| | **Factor escala** | 100 |
| | **Meta** | >=90% |
| | **Responsable** | Planeación Institucional |
| | **Frecuencia de medición** | Mensual |
| INDICADOR 4 | **Nombre** | **PORCENTAJE DE POLITICAS Y PROCEDIMIENTOS DE GESTIÓN DE RIESGOS DOCUMENTADOS** |
| | **Fórmula** | Total, políticas y procedimientos de gestión de riesgos documentados / Total políticas y procedimientos de gestión de riesgos a documentar |
| | **Fuente numerador** | Matriz de riesgos institucional |
| | **Fuente denominador** | Matriz de riesgos institucional |
| | **Factor escala** | 100 |
| | **Meta** | 100% |
| | **Responsable** | Planeación Institucional |
| | **Frecuencia de medición** | Anual |

## Programa 3: maximización del sistema de control interno

### Objetivo

Garantizar que la ESE opere de manera eficiente, efectiva y segura maximizando la confianza de los grupos de interés.

### Indicador de producto

| NOMBRE DEL INDICADOR | UNIDAD DE MEDIDA | FORMA DE CALCULO | META 2024-2028 | DEPENDENCIA O RESPONSABLE |
|---|---|---|---|---|
| Nivel de implementación de Sistema de Control Interno | Porcentaje % | Acumulado | > = 92% | Control interno |

Un sistema de control interno es un conjunto de políticas, procedimientos y controles que se implementan dentro de una organización para garantizar la exactitud, confiabilidad e integridad de la información financiera y operativa y el correcto desempeño de los procesos institucionales.

Maximizarlo nos permitirá mejorar la confianza, construir sinergias para la reducción de riesgos, mejorar la eficiencia, lograr el cumplimiento normativo, fomentar la transparencia y la rendición de cuentas.

**Componentes de un sistema de control interno a fortalecer**

**1. Ambiente de control:** La cultura y el entorno en el que se desarrollan las actividades de la organización.
**2. Evaluación de riesgos:** La identificación y evaluación de los riesgos que pueden afectar a la organización.
**3. Actividades de control:** Las políticas, procedimientos y controles que se implementan para mitigar los riesgos identificados.
**4. Información y comunicación:** La recopilación, análisis y comunicación de la información relevante para la toma de decisiones.
**5. Supervisión:** La revisión y evaluación periódica del sistema de control interno para asegurarse de que sea efectivo.

## PROYECTO 1 (PROGRAMA 3): AMBIENTE DE CONTROL INTERNO 2025 - PLANES DE MEJORAMIENTO 2.0

### Contexto del proyecto

La ESE Hospital Marco Fidel Suarez es una entidad controlada y vigilada por entidades de regulación y control del orden nacional, departamental y municipal, también cuenta con áreas internas como la Unidad Auditora de procesos, PAMEC y Control Interno; desde allí se realizan auditorías de diferentes tipos que pueden generar hallazgos o no conformidades para los cuales se suscriben planes de mejoramiento que contienen las acciones a ejecutar para solucionar las novedades encontradas.

Actualmente se tiene desarrollada una versión del Sistema de auditoría y Mejoramiento – SAM donde se registran solo los planes de mejoramiento, pues los informes de auditoría que son fuente de éstos quedan como archivos externos al sistema.

Sin embargo, es importante complementarlo con el módulo que permita registrar los resultados de las auditorías que dieron origen a los planes de mejoramiento asociados.

## Objetivo del proyecto

Desarrollar e implementar el módulo de la herramienta institucional Sistema de auditoría y Mejoramiento – SAM, que permita registrar los resultados de las auditorías ejecutadas en el Hospital Marco Fidel Suarez por parte de Entes externos de regulación y control, la Unidad Auditora de procesos, Programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud (PAMEC) y Control Interno y enlazarlos con los planes de mejoramiento asociados para llevar el control y seguimiento a su cumplimiento.

## Principales actividades

1. Levantar por cada uno de los procesos la relación de las auditorías con planes de mejoramiento vigentes con sus acciones asociadas, incluidos los responsables y las fechas proyectadas de su cumplimiento.
2. Levantar los requerimientos técnicos que debe cumplir la herramienta de software que soportará el proyecto.
3. Desarrollar versión 1 de la Herramienta, ejecución del piloto y puesta en operación del módulo desarrollado por parte del área de Tecnología, que permita enlazar las auditorías con los planes de mejoramiento vigentes.
4. Ejecución de Pruebas y puesta en operación del módulo desarrollado.
5. Complementar el módulo de generación gráfica de reportes para que contemple la nueva información registrada, ejecución de pruebas y puesta en operación del módulo desarrollado en versión 1.

## Indicadores de gestión

| | | |
|---|---|---|
| **INDICADOR 1** | **Nombre** | **CUMPLIMIENTO DE DESARROLLO DEL SOFTWARE AMBIENTE DE CONTROL** |
| | **Fórmula** | Actividades ejecutadas según cronograma del Sistema / Actividades planeadas según cronograma del Sistema |
| | **Fuente numerador** | Cronograma de actividades |
| | **Fuente denominador** | Cronograma de actividades |
| | **Factor escala** | 100 |
| | **Meta** | 100 % |
| | **Responsable** | Control Interno |
| | **Frecuencia de medición** | Trimestral |

## Programa 4: cuidado ambiental

### Objetivo

Disminuir el efecto negativo de las actividades institucionales sobre el medio ambiente.

### Indicador de Producto

| NOMBRE DEL INDICADOR | UNIDAD DE MEDIDA | FORMA DE CALCULO | META 2024-2028 | DEPENDENCIA O RESPONSABLE |
|---|---|---|---|---|
| ESE y sus procesos enfocados a disminuir el impacto negativo sobre el medio ambiente | Número | Acumulado | 8 | Subgerencia administrativa y financiera |

*Impacto ambiental es el resultado de una actividad humana que genera un efecto sobre el medio ambiente y que supone una ruptura del equilibrio ambiental. Esta línea desarrollará estrategias que impulsan la sostenibilidad consciente e incentivará prácticas sostenibles de gestión y desarrollo de alternativas que permitan la operación en salud bajo la premisa del cuidado de hábitats y de la biodiversidad.*

### Algunos de los impactos ambientales más frecuentes son

1. Contaminación del aire.
2. Contaminación de las aguas.
3. Contaminación del suelo.
4. Generación de residuos.
5. Contaminación acústica.
6. Empobrecimiento de los ecosistemas y pérdida de biodiversidad.

### Estrategias

1. Reducción de nuestra huella ambiental. Medimos nuestro impacto ambiental y establecemos los objetivos de reducción de emisiones y neutralidad de carbono.
2. Integración de la variable cambio climático en nuestra operación. Incorporamos las recomendaciones de Hospital verde en nuestra planificación financiera, así como la inclusión de los criterios ambientales.
3. Preservación de la biodiversidad. Sensibilizamos y apoyamos iniciativas de protección de los ecosistemas más sensibles a los efectos de nuestra ubicación geográfica.

## PROYECTO 1 (PROGRAMA 4): RESPONSABILIDAD SOCIAL EMPRESARIAL

### Contexto del proyecto

La **Responsabilidad Social Empresarial (RSE)** permite identificar los impactos generados por la institución en el desarrollo de sus actividades misionales en la sociedad y el medio ambiente. Esto facilita establecer una línea base para desarrollar e implementar políticas y prácticas responsables que buscan fomentar un equilibrio entre el desarrollo económico y la sostenibilidad ambiental, mejorando la calidad de vida de los colaboradores, sus familias y la comunidad en general.

La RSE es fundamental en el contexto corporativo, permitiendo a la institución demostrar su compromiso con el bienestar social y ambiental. Este compromiso fortalece la reputación positiva ante colaboradores y demás grupos de interés. Además, la RSE asegura la adherencia a estándares normativos, evitando sanciones y posicionando a la institución como líder en el cumplimiento regulatorio. Por último, la RSE implica prácticas sostenibles que ayudan a preservar los recursos naturales y a asegurar el desarrollo sostenible de la empresa. Estas prácticas incluyen la reducción de la huella de carbono, el uso responsable de los recursos y la gestión adecuada de los residuos generados.

### Objetivo del proyecto

Desarrollar estrategias y prácticas responsables que permitan contribuir al bienestar de la sociedad y al cuidado del medio ambiente, promoviendo un equilibrio sostenible entre el desarrollo económico y la preservación de los recursos naturales y la mejor continua de la calidad de vida de sus colaboradores y la comunidad en general.

### Principales actividades

1. Diagnóstico actual del hospital en 8 áreas de interés (Medio Ambiente, Estado, Comunidad y Sociedad, Clientes y Consumidores, Proveedores, Competencia, Colaboradores y Gobierno Corporativo).
2. Capacitación a colaboradores en RSE.
3. Identificación de estrategias de RSE en la institución.

## Indicadores de gestión

| | | |
|---|---|---|
| INDICADOR 1 | **NOMBRE** | **CUMPLIMIENTO DE CONSTRUCCIÓN DE RESPONSABILIDAD SOCIAL EMPRESARIAL** |
| | **Fórmula** | Número de actividades ejecutadas en el periodo/número total de actividades planeadas en el periodo |
| | **Fuente numerador** | Cronograma de actividades |
| | **Fuente denominador** | Cronograma de actividades |
| | **Factor escala** | 100 |
| | **Meta** | >80% |
| | **Responsable** | Líder Gestión ambiental |
| | **Frecuencia de medición** | Mensual |

## PROYECTO 2 (PROGRAMA 4): MEDICIÓN DE HUELLA DE CARBONO

### Contexto del proyecto

La medición de la huella de carbono es un pilar esencial para la institución en su transición hacia un "hospital verde". Esta práctica permite identificar las principales actividades que generan emisiones de gases de efecto invernadero y facilita el establecimiento de estrategias y medidas para reducir los impactos ambientales originados por la institución. Además, permite establecer una línea base del estado actual de las emisiones generadas, lo que facilita la implementación de herramientas que refuercen el compromiso ambiental de la institución y la reducción de costos operativos mediante la innovación de procesos, mejorando la reputación de la empresa ante los grupos de interés.
Finalmente, la medición de la huella de carbono y el desarrollo de estrategias para su reducción contribuyen al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y a la mitigación del cambio climático, protegiendo el medio ambiente y mejorando la calidad de vida de las generaciones presentes y futuras.

### Objetivo del proyecto

Cuantificar las emisiones de gases de efecto invernadero generadas por la institución con el fin de implementar estrategias que minimicen el impacto ambiental del hospital, contribuyendo al desarrollo sostenible y en ese sentido a la protección del medio ambiente y la calidad de vida de las generaciones presentes y futuras.

## Principales actividades

1. Medición de huella de carbono del hospital.
2. Identificación de estrategias que permitan la reducción de la huella de carbono del hospital.
3. Sensibilización a colaboradores de la institución.

## Indicadores de gestión

| | | |
|---|---|---|
| INDICADOR 1 | **NOMBRE** | **CUMPLIMIENTO DE MEDICIÓN DE HUELLA DE CARBONO** |
| | **Fórmula** | Número de actividades ejecutadas en el periodo/número total de actividades planeadas en el periodo |
| | **Fuente numerador** | Cronograma de actividades |
| | **Fuente denominador** | Cronograma de actividades |
| | **Factor escala** | 100 |
| | **Meta** | >80% |
| | **Responsable** | Líder Gestión ambiental |
| | **Frecuencia de medición** | Mensual |
| INDICADOR 2 | **NOMBRE** | **CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES IMPLEMENTADAS PARA LA REDUCCIÓN DE HUELLA DE CARBONO** |
| | **Fórmula** | Número de actividades ejecutadas en el periodo/número total de actividades identificadas en el periodo |
| | **Fuente numerador** | Cronograma de actividades |
| | **Fuente denominador** | Cronograma de actividades |
| | **Factor escala** | 100 |
| | **Meta** | >80% |
| | **Responsable** | Líder Gestión ambiental |
| | **Frecuencia de medición** | Mensual |

## PROYECTO 3 (PROGRAMA 4): PLAN DE MOVILIDAD EMPRESARIAL SOSTENIBLE (PMES)

## Contexto del proyecto

El Área Metropolitana del Valle de Aburrá a través del eje temático 5. "Industria y servicios competitiva y de bajas emisiones" del Plan de Gestión Integral de la Calidad del Aire, proyectado con un plazo de ejecución hasta el 2030, contempla los Planes de Movilidad Empresarial Sostenible – Planes MES adoptados por la Entidad a través de la Resolución Metropolitana 1379 de 2017 como una herramienta de gestión organizacional que contribuye a disminuir la emisión de agentes contaminantes y gases de efecto invernado, mediante la transformación

cultural de los colaboradores al llevar a la reflexión sobre el impacto que tienen sus desplazamientos desde y hacia el trabajo, con el objetivo de disminuir las emisiones contaminantes que se emiten a la atmosfera contribuyendo así a mitigar el impacto del cambio climático.

Así mismo la Resolución 756 de 2023 señala que todas las organizaciones públicas y privadas que tengan más de 200 trabajadores directos e indirectos, y cuyas instalaciones se encuentren en alguno de los 10 municipios del Valle de Aburrá deben formular e implementar los Planes Empresariales de Movilidad Sostenible - Planes MES que provean soluciones de movilidad y puedan reducir las emisiones generadas por el desplazamiento que realizan sus colaboradores desde y hacia su lugar de trabajo.

Teniendo en cuenta que la ESE Hospital Marco Fidel Suárez es una entidad pública y está encaminando su accionar para ser un hospital verde, es imperativo implementar el Plan MES, para reducir las emisiones de CO2 generadas por viajes al trabajo y movilidad de los colaboradores directos e indirectos.

**Objetivo del proyecto**

Formular estrategias de movilidad que reduzcan el impacto ambiental asociado a las conductas de transporte de los colaboradores desde y hacia su lugar de trabajo.

**Principales actividades**

1. Definir las estrategias de movilidad activa, movilidad en transporte público, racionalización del uso del vehículo, reducción del número de viajes y estrategias para fomentar la cultura de la movilidad sostenible.
2. Dar a conocer El plan de movilidad sostenible a los colaboradores del hospital.
3. Capacitar a los colaboradores en temas relacionados con movilidad sostenible, calidad del aire y conducción eco – eficiente.
4. Crear un plan de comunicaciones para para la difusión de las estrategias, educación y resultados del Plan MES.

## Indicadores de gestión

| | | |
|---|---|---|
| INDICADOR 1 | **NOMBRE** | **USO DE TRANSPORTE SOSTENIBLE** |
| | Fórmula | Número de empleados y colaboradores que usan transporte público / Total de empleados y colaboradores |
| | Fuente numerador | Encuesta a colaboradores. |
| | Fuente denominador | Base de datos Talento Humano |
| | Factor escala | 100 |
| | Meta | 5% |
| | Responsable | Líder Gestión ambiental |
| | Frecuencia de medición | Trimestral |
| INDICADOR 2 | **NOMBRE** | **COLABORADORES QUE COMPARTEN VEHÍCULO (CARPOOLING)** |
| | Fórmula | Número de empleados que participan en carpooling / Total de empleados |
| | Fuente numerador | Registro de usuarios en formulario carpooling |
| | Fuente denominador | Base de datos de talento humano |
| | Factor escala | 100 |
| | Meta | 3% |
| | Responsable | Líder Gestión ambiental |

| | | |
|---|---|---|
| INDICADOR 3 | **NOMBRE** | **USO DE TRANSPORTE NO MOTORIZADO (BICICLETA O CAMINATA)** |
| | **Fórmula** | Número de empleados y colaboradores que usan bicicleta o caminan/Total de empleados |
| | **Fuente numerador** | Encuesta a empleados, colaboradores o registros en formularios corporativos de movilidad |
| | **Fuente denominador** | Base de datos Talento Humano |
| | **Factor escala** | 100 |
| | **Meta** | 3% |
| | **Responsable** | Líder Gestión ambiental |
| | **Frecuencia de medición** | Trimestral |
| INDICADRO 4 | **NOMBRE** | **REDUCCIÓN DE EMISIONES DE CO2** |
| | **Fórmula** | Emisiones iniciales - Emisiones actuales / Emisiones iniciales |
| | **Fuente numerador** | Inventario de emisiones |
| | **Fuente denominador** | Emisiones iniciales (línea base calculada antes del PMES). |
| | **Factor escala** | 100 |
| | **Meta** | 5% |
| | **Responsable** | Líder Gestión ambiental |
| | **Frecuencia de medición** | Anual |

## PROYECTO 4 (PROGRAMA 4): APROVECHAMIENTO DE RESIDUOS ORGÁNICOS POR MEDIO DE COMPOSTAJE

### Contexto del proyecto

El Valle de Aburrá enfrenta desafíos significativos en la gestión de residuos sólidos, ya que cada habitante genera en promedio 0,83 kg de residuos diarios, de los cuales hasta el 85% podrían ser aprovechados. Sin embargo, más del 78% son enviados al relleno sanitario La Pradera, desperdiciando su potencial y

generando emisiones de gases de efecto invernadero. En instituciones de salud, los residuos orgánicos, que incluyen restos de alimentos y materiales biodegradables, representan una oportunidad para implementar soluciones como el compostaje, reduciendo la cantidad de residuos enviados al relleno, mitigando emisiones de metano, y generando compost utilizable en áreas verdes.

Ante la limitada capacidad del relleno sanitario La Pradera, es urgente adoptar alternativas sostenibles como el compostaje. Esta práctica no solo genera beneficios económicos, como la reducción de costos en la tasa de aseo, sino que también contribuye ambientalmente al disminuir la huella de carbono y aprovechar los residuos como insumos para compost. Además, promueve la conciencia ambiental en las instituciones de salud y se alinea con el concepto de economía circular, ofreciendo una solución integral para reducir los impactos ambientales asociados a la disposición inadecuada de residuos sólidos.

La ESE Hospital Marco Fidel Suárez nunca ha implementado un sistema formal de compostaje, lo que ha llevado a tratar los residuos orgánicos biodegradables como no aprovechables y enviarlos al relleno sanitario La Pradera. Esta situación representa una oportunidad para reducir la huella ambiental del hospital, ahorrar en costos asociados a la gestión de residuos y fomentar prácticas sostenibles. La ausencia de un proyecto de compostaje resalta la necesidad de priorizar la gestión de residuos orgánicos como parte de la responsabilidad ambiental de la institución, especialmente en el contexto de los desafíos actuales en la capacidad de disposición del relleno sanitario.

**Objetivo del proyecto**

Aprovechar los residuos orgánicos generados en la ESE Hospital Marco Fidel Suárez por medio de compostaje, de manera que se minimicen los residuos enviados al relleno sanitario y así mismo los impactos ambientales y sanitarios originados por estos. Además de reducir costos en la tasa de aseo y producir abono para el cuidado de las áreas verdes de la institución.

**Principales actividades**

1. Adecuar el espacio que se va a utilizar para el aprovechamiento de los residuos orgánicos a través del compostaje.
2. Dotar el 100% de los cafetines de ambas sedes de la institución con el respectivo recipiente para los residuos orgánicos.

3. Capacitar el 80% de los colaboradores de la institución sobre la adecuada segregación de residuos sólidos.
4. Reducir en un 5% los costos de tasa de aseo de la institución.

## Indicadores de gestión

| | | |
|---|---|---|
| INDICADOR 1 | **NOMBRE** | **REDUCCIÓN DEL COSTO DE LA TASA DE ASEO** |
| | **Fórmula** | Costo inicial de la tasa de aseo - Costo actual de la tasa de aseo / Costo inicial de la tasa de aseo |
| | **Fuente numerador** | Factura de servicios públicos |
| | **Fuente denominador** | Factura de servicios públicos |
| | **Factor escala** | 100 |
| | **Meta** | 5% |
| | **Responsable** | Líder Gestión ambiental |
| | **Frecuencia de medición** | Anual |
| INDICADOR 2 | **NOMBRE** | **PORCENTAJE DE RESIDUOS ORGÁNICOS GESTIONADOS MEDIANTE COMPOSTAJE** |
| | **Fórmula** | Peso de residuos orgánicos gestionados para compostaje / Peso total d e residuos orgánicos generados |
| | **Fuente numerador** | Formato RH1 (balanza en central de residuos) |
| | **Fuente denominador** | Formato RH1 |
| | **Factor escala** | 100 |
| | **Meta** | 20% |
| | **Responsable** | Líder Gestión ambiental |
| | **Frecuencia de medición** | Mensual |
| INDICADOR 3 | **NOMBRE** | **CUMPLIMIENTO EN LA SENSIBILIZACIÓN DEL IMPACTO AMBIENTAL** |
| | **Fórmula** | Número de empleados y colaboradores sensibilizados / Total de empleados |
| | **Fuente numerador** | Registro de participación en capacitaciones ambientales (asistencias y reportes de actividades). |
| | **Fuente denominador** | Base de datos de Recursos Humanos |
| | **Factor escala** | 100 |
| | **Meta** | 80% |
| | **Responsable** | Líder Gestión ambiental |
| | **Frecuencia de medición** | Semestral |

## PROYECTO 5 (PROGRAMA 4): REDUCCIÓN Y OPTIMIZACIÓN DEL CONSUMO DE PAPEL

### Contexto del proyecto

En el marco de su compromiso ambiental y con el objetivo de convertirse en un hospital verde, la ESE Hospital Marco Fidel Suárez busca implementar estrategias para minimizar el impacto ambiental de sus operaciones. Actualmente, el consumo de papel supone un costo significativo en los procesos administrativos y asistenciales, además de generar residuos y ejercer presión sobre los recursos naturales.

La transición hacia una gestión más eficiente del papel no solo reducirá los costos operativos, sino que también fomentará la responsabilidad ambiental entre los colaboradores del hospital. Esto es especialmente relevante dado el compromiso del hospital con la sostenibilidad, la eficiencia operativa y la mitigación de su huella ecológica.

### Objetivo del proyecto

Implementar estrategias para la reducción del consumo de papel en el hospital en un 30%, mediante la digitalización de procesos, la reutilización de materiales y la sensibilización de los colaboradores, logrando así beneficios económicos, ambientales y sociales para la institución.

### Principales actividades

1. Diagnóstico inicial del consumo de papel.
2. Digitalización de procesos.
3. Optimización del uso de papel.
4. Capacitación y sensibilización al personal.

## Indicadores de gestión

| | | |
|---|---|---|
| **INDICADOR 1** | **NOMBRE** | **REDUCCIÓN PORCENTUAL DEL CONSUMO DE PAPEL** |
| | **Fórmula** | Consumo inicial de papel -Consumo actual de papel / Consumo inicia de papel |
| | **Fuente numerador** | Registro del consumo actual de resmas entregadas por el almacén |
| | **Fuente denominador** | Registro del consumo inicial de resmas entregadas por el almacén |
| | **Factor escala** | 100 |
| | **Meta** | 30% |
| | **Responsable** | Líder Gestión ambiental |
| | **Frecuencia de medición** | Trimestral |
| **INDICADOR 2** | **NOMBRE** | **COSTO AHORRADO POR REDUCCIÓN DE CONSUMO DE PAPEL** |
| | **Fórmula** | Costo inicial de consumo de papel -Costo actual de consumo de papel / Costo inicial de consumo de papel |
| | **Fuente numerador** | Costos iniciales y actuales asociados a la compra de papel (reportes financieros) |
| | **Fuente denominador** | Costo inicial de papel (línea base definida al inicio del proyecto) |
| | **Factor escala** | 100 |
| | **Meta** | 10% |
| | **Responsable** | Líder Gestión ambiental |
| | **Frecuencia de medición** | Trimestral |
| **INDICADOR 3** | **NOMBRE** | **PORCENTAJE DE PROCESOS DIGITALIZADOS** |
| | **Fórmula** | Número de procesos digitalizados / Total de procesos identificados |
| | **Fuente numerador** | Registro de procesos digitalizados (reportes de implementación). |
| | **Fuente denominador** | Total de procesos identificados en el diagnóstico. |
| | **Factor escala** | 100 |
| | **Meta** | 5% |
| | **Responsable** | Líder Gestión ambiental |
| | **Frecuencia de medición** | Trimestral |

## PROYECTO 6 (PROGRAMA 4): GESTIÓN SEGURA DE SUSTANCIAS QUÍMICAS

### Contexto del proyecto

Los productos químicos utilizados durante la asistencia médica son sustancias tóxicas que pueden afectar tanto la salud humana como el medio ambiente. Estos productos generan riesgos según el peligro inherente de cada sustancia y las condiciones de exposición, lo que determina la probabilidad de que el riesgo se materialice.

El manejo y disposición inadecuados de estas sustancias conllevan su liberación en el aire, el suelo o los cuerpos de agua, afectando directamente la calidad de los recursos naturales y, por ende, entrando en contacto con los seres humanos.

Por lo anterior, un manejo responsable minimiza los riesgos de exposición tóxica y garantiza el cumplimiento de normativas de seguridad y salud ocupacional. Además, una gestión eficaz contribuye a la sostenibilidad, reduciendo la generación de residuos peligrosos y promoviendo prácticas seguras en el almacenamiento, uso y eliminación de estas sustancias. Esto no solo protege la salud de los colaboradores y de la comunidad, sino que también mejora la reputación y eficiencia operativa de la empresa.

### Objetivo del proyecto

Establecer los lineamientos para la manipulación segura sustancias químicas utilizadas en la ESE Hospital Marco Fidel Suárez, garantizando un almacenamiento y disposición adecuada de los mismos, contribuyendo a la seguridad, sostenibilidad y al cumplimiento de la normatividad ambiental.

### Principales actividades

1. Identificar las sustancias químicas utilizadas dentro de la institución.
2. Actualizar matrices de químicos y de compatibilidad.
3. Capacitación y sensibilización al personal sobre el manejo seguro de sustancias químicas.

## Indicadores de gestión

| | | |
|---|---|---|
| **INDICADOR 1** | **NOMBRE** | **PORCENTAJE DE ACTIVIDADES IMPLEMENTADAS PARA LA GESTIÓN SEGURA DE QUÍMICOS** |
| | **Fórmula** | Número de actividades ejecutadas en el periodo/número total de actividades identificadas en el periodo |
| | **Fuente numerador** | Cronograma de actividades |
| | **Fuente denominador** | Cronograma de actividades |
| | **Factor escala** | 100 |
| | **Meta** | >80% |
| | **Responsable** | Líder Gestión ambiental |
| | **Frecuencia de medición** | Mensual |
| **INDICADOR 2** | **NOMBRE** | **PORCENTAJE DE PRODUCTOS QUÍMICOS ROTULADOS BAJO SISTEMA GLOBALMENTE ARMONIZADO** |
| | **Fórmula** | Número de productos químicos rotulados bajo el sistema globalmente armonizado/número total de productos químicos utilizados en la institución |
| | **Fuente numerador** | Número de productos químicos rotulados bajo el sistema globalmente armonizado |
| | **Fuente denominador** | Número total de productos químicos utilizados en la institución |
| | **Factor escala** | 100 |
| | **Meta** | >80% |
| | **Responsable** | Líder Gestión ambiental |
| | **Frecuencia de medición** | Semestral |
| **INDICADOR 3** | **NOMBRE** | **PORCENTAJE DE HOJAS DE SEGURIDAD PRODUCTOS QUÍMICOS ACTUALIZADAS** |
| | **Fórmula** | Número de hojas de seguridad productos químicos actualizadas/número total de hojas de seguridad productos químicos |
| | **Fuente numerador** | Número de hojas de seguridad productos químicos actualizadas |
| | **Fuente denominador** | Número total de hojas de seguridad productos químicos |
| | **Factor escala** | 100 |
| | **Meta** | >80% |
| | **Responsable** | Líder Gestión ambiental |
| | **Frecuencia de medición** | Semestral |

## PROYECTO 7 (PROGRAMA 4): REDUCCIÓN DEL CONSUMO DE PLÁSTICOS DE UN SOLO USO

### Contexto del proyecto

El uso de plásticos de un solo uso, especialmente en utensilios como vasos, cubiertos, envases y empaques desechables, es considerable. Aunque estos materiales simplifican las operaciones diarias, su acumulación incrementa los residuos no aprovechables enviados al relleno sanitario, lo que impacta negativamente al medio ambiente y aumenta los costos de disposición final. Esta problemática se intensifica ante las nuevas normativas ambientales y la creciente presión por reducir la huella ecológica de las instituciones de salud.

Por lo anterior, el hospital busca implementar estrategias para disminuir el uso de plásticos de un solo uso, fomentando la adopción de materiales reutilizables o biodegradables e integrando prácticas sostenibles que generen beneficios ambientales, económicos y sociales. Este proyecto reforzará, además, el compromiso del hospital con la economía circular y la gestión responsable de los recursos.

### Principales actividades

1. Establecer estrategias que reduzcan el uso de plásticos de un solo uso en la institución.
2. Sensibilizar al personal sobre el impacto del consumo de plásticos de un solo uso no esenciales.

### Indicadores de gestión

| | | |
|---|---|---|
| **INDICADOR 1** | **NOMBRE** | **CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES PARA LA REDUCCIÓN DEL USO DE PLÁSTICOS DE UN SOLO USO** |
| | **Fórmula** | Número de actividades ejecutadas en el periodo/número total de actividades planeadas en el periodo |
| | **Fuente numerador** | Actividades ejecutadas según cronograma para la reducción del uso de plásticos de un solo uso |
| | **Fuente denominador** | Actividades planeadas según cronograma para la reducción del uso de plásticos de un solo uso |
| | **Factor escala** | 100 |
| | **Meta** | >80% |
| | **Responsable** | Líder Gestión ambiental |
| | **Frecuencia de medición** | Mensual |

## PROYECTO 8 (PROGRAMA 4): MEJORA EN LA CALIDAD DEL AGUA ALMACENADA, SEDE NIQUIA

**Contexto del proyecto:** Debido al aumento en la capacidad instalada de la sede Niquía, los tanques de almacenamiento de agua habilitados son insuficientes en su capacidad, calidad y autonomía, por lo que se hace necesario aumentar la cantidad de tanques en el tamaño requerido para cumplir la disponibilidad del servicio continuo por 24 horas según la normativa hospitalaria vigente.

### Objetivo del proyecto

Aumentar la capacidad de almacenamiento y calidad de agua potable en la sede Niquía.

### Principales actividades

Cálculo de la capacidad y tamaño del tanque requerido

Solicitud de recursos para ejecución del proyecto.

Contrato de obra y demás elementos necesarios según lo que arroje el estudio de necesidad y calidad.

### Indicadores de gestión

| | | |
|---|---|---|
| **INDICADOR 1** | **Nombre** | **PORCENTAJE DE ACTIVIDADES DE MEJORA DE CALIDAD DEL AGUA ALMACENADA SEDE NIQUÍA** |
| | **Fórmula** | Número de actividades ejecutadas en el periodo/número total de actividades planeadas en el periodo |
| | **Fuente numerador** | Actividades ejecutadas según informe de ejecución de contratos tercerizados |
| | **Fuente denominador** | Actividades planeadas según alcance de los contratos por periodo |
| | **Factor escala** | 100 |
| | **Meta** | >80% |
| | **Responsable** | Coordinación de Mantenimiento y Coordinación de Administración |
| | **Frecuencia de medición** | Anual |

## Programa 5: modelo de gestión jurídica

### Objetivo

Promover la aplicación de un esquema integral de actuación para las diferentes áreas y procesos institucionales desde lo jurídico, disciplinario, contractual y de intervención.

### Indicador de Producto

| NOMBRE DEL INDICADOR | UNIDAD DE MEDIDA | FORMA DE CALCULO | META 2024-2028 | DEPENDENCIA O RESPONSABLE |
|---|---|---|---|---|
| Estrategias ejecutadas de Asistencia Técnica para la transversalización de un esquema integral de actuación jurídica | Número | Acumulado | 4 | Asesor jurídico |

*El modelo de gestión Jurídica nos proveerá la información indispensable para el desarrollo idóneo y armónico de la gestión jurídica en el hospital, a través de un ejercicio unificado y coherente para la defensa de los intereses institucionales, la recuperación de activos, prevención del daño antijuridico y la lucha contra la corrupción.*

*Este modelo permitirá orientar, coordinar y asesorar a la gerencia, junta directiva y colaboradores en las actuaciones, toma de decisiones y generación de políticas institucionales.*

*Con este pretendemos además crear mecanismos estandarizados para revisar y evaluar la legalidad de los proyectos, actos administrativos y contratación en el hospital.*

*Contar con un esquema integral de actuación para las áreas y procesos institucionales desde lo jurídico, disciplinario, contractual y de intervención en los diferentes asuntos generados en la operación y prestación de servicios de salud.*

## PROYECTO 1 (PROGRAMA 5): IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO INTEGRAL DE CONTRATACIÓN

### Contexto del proyecto

**El Modelo Integral de Contratación (MIC)** es una metodología que busca optimizar los procesos de adquisición de bienes y servicios en el hospital. Este modelo se centra en la integración de diversas áreas de la entidad, desde la

planificación hasta la ejecución y seguimiento de los contratos, con el objetivo de garantizar la eficiencia, eficacia, economía, transparencia y cumplimiento de los objetivos institucionales.

### Objetivo del proyecto

Optimizar los procesos de adquisición de bienes y servicios, garantizando la transparencia, eficiencia, economía y equidad en todas las etapas del proceso.

### Principales actividades

1. Actualizar el modelo para la realización de estudios previos.
2. Monitorear la adherencia al modelo de estudios previos.
3. Actualizar las minutas contractuales.
4. Actualizar el modelo de supervisión de contratos.
5. Monitoreo de adherencia al modelo de supervisión.
6. Crear el modelo de liquidación contractual.

### Indicadores de gestión

| | | |
|---|---|---|
| **INDICADOR 1** | **Nombre** | **PORCENTAJE DE ADHERENCIA AL MODELO INTEGRAL DE CONTRATACIÓN** |
| | **Fórmula** | Número de contratos que cumplen con el modelo integrado de contratación / Total contratos aprobados por el comité de contratación |
| | **Fuente numerador** | Contratos publicados en el SECOP |
| | **Fuente denominador** | Actas comité de contratación |
| | **Factor escala** | 100 |
| | **Meta** | 100% |
| | **Responsable** | Oficina asesora jurídica |
| | **Frecuencia de medición** | Mensual |

## PROYECTO 2 (PROGRAMA 5): SEGURIDAD JURIDICA Y PREVENCIÓN DEL DAÑO ANTIJURIDICO

### Contexto del proyecto

La seguridad jurídica y la prevención del daño antijurídico son conceptos estrechamente relacionados que buscan garantizar el orden jurídico y proteger los bienes jurídicos de la ESE.

La seguridad jurídica se refiere al estado de certeza y confianza que tienen los individuos y las entidades públicas respecto al ordenamiento jurídico. Implica que las normas son claras, estables y predecibles.

**Elementos clave de la seguridad jurídica:**

- Certeza del derecho: Las normas deben ser claras y precisas, evitando ambigüedades que puedan generar interpretaciones diversas.
- Estabilidad del ordenamiento jurídico: Las normas deben ser relativamente estables en el tiempo, evitando cambios bruscos que generen inseguridad jurídica.
- Predictibilidad: Los ciudadanos y la entidad deben poder prever las consecuencias jurídicas de sus actos.

El daño antijurídico es cualquier lesión o perjuicio causado a una persona o a un bien jurídico protegido por el ordenamiento jurídico, como consecuencia de una acción u omisión contraria a derecho. En el ámbito administrativo, el daño antijurídico suele producirse por actos u omisiones de los funcionarios públicos que causan perjuicios a los particulares y a las entidades públicas.

## Objetivo del proyecto

Proteger los derechos de los usuarios y la entidad, cumplir con los deberes, evitando el incumplimiento de lo dispuesto en la constitución y la Ley y así prevenir daños antijurídicos imputables al servidor público.

## Principales actividades

1. Dar respuesta oportuna a derechos de petición, tutelas, demandas y demás acciones legales.
2. Llamar en garantía o realizar acciones de repetición cuando sea legalmente pertinente.
3. Actualizar la política de prevención del daño antijurídico.
4. Presentar las acciones administrativas y jurídicas conforme lo establece la oficina asesora jurídica y el comité de conciliación de la entidad.
5. Realizar capacitaciones al personal asistencial y administrativo en las políticas del daño antijurídico.

## Indicadores de gestión

| | | |
|---|---|---|
| **INDICADOR 1** | **Nombre** | **OPORTUNIDAD EN LA RESPUESTA A LAS ACCIONES LEGALES** |
| | **Fórmula** | Número de acciones legales contestado dentro del término legal / total de acciones legales recibidas |
| | **Fuente numerador** | Base de datos de acciones legales |
| | **Fuente denominador** | Base de datos de acciones legales |
| | **Factor escala** | 100 |
| | **Meta** | 100% |
| | **Responsable** | Oficina asesora jurídica |
| | **Frecuencia de medición** | Mensual |

| | | |
|---|---|---|
| **INDICADOR 2** | **Nombre** | **CUMPLIMIENTO EN LA REALIZACIÓN DE LA ACCIÓN DE REPETICIÓN** |
| | **Fórmula** | Ficha técnica presentada al comité de conciliación de la acción de repetición / Número de sentencias condenatorias en contra de la entidad |
| | **Fuente numerador** | Actas de comité de conciliación |
| | **Fuente denominador** | Actas de comité de conciliación |
| | **Factor escala** | 100 |
| | **Meta** | 70% |
| | **Responsable** | Oficina asesora jurídica |
| | **Frecuencia de medición** | Trimestral |

LÍNEA ESTRATÉGICA 2

# Juntos por nuestro compromiso de vida

## 12.2. Línea 2: Juntos por nuestro compromiso de vida

### Objetivo

Desarrollar un portafolio de servicios de salud con mayor integralidad que a su vez nos permita incrementar el número de actividades y servicios asistenciales con una mayor capacidad resolutiva.

| ALINEACIÓN – línea 2 | LINEA /OBJETIVO/PLAN |
|---|---|
| **OBJETIVO DE DESARROLLO SOSTENIBLE** | 3. SALUD Y BIENESTAR |
| | 2. HAMBRE CERO |
| **PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 2022-2026 Colombia, potencia mundial de la vida LEY 2294 DE 2023** | Seguridad humana y Justicia Social |
| | Transformación productiva, internacionalización y acción por el clima |
| **PLAN DE DESARROLLO DEPARTAMENTAL 2023-2027 Por Antioquia Firme** | Línea Estratégica 2 Cohesión desde lo social |
| | 2.1 Bien-Estar: Salud integral |
| | 2.1.1 Cuidado integral: gestión de la salud pública y la protección social en el territorio |
| | 2.1.2 salud mental ambientes saludables y protectores |
| | 2.1.3 Acceso con calidad a la red prestadora de servicios de salud |
| | 2.2 Inclusión social: curso de vida, familia y diversidad |
| | 2.2.8 Atención integral en curso de vida y familia |
| **PLAN TERRITORIAL DE SALUD 2024-2028** | Atención integral a las diferentes problemáticas de salud mental (conducta suicida, enfermedades psiquiátricas, violencias en todas sus formas) |
| | Interoperabilidad para automatizar los informes de salud e historia clínica |
| | Fortalecer las redes de atención integral en salud, acorde a las necesidades reales y características de la población (enfoque territorial) |
| | Acceso a la salud desde la telemedicina, antecediendo una socialización con la comunidad |
| **PLAN DE DESARROLLO MUNICIPAL 2024 -2027 Juntos Construimos** | Línea Estratégica 1: Sector Salud |
| | Programa 1.2.4 Aseguramiento y prestación integral de servicios de salud |
| | Programa 1.4.9 Juntos la salud y el bienestar de la mujer Bellanita |
| **OBJETIVO(S) ESTRATÉGICOS INSTITUCIONAL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2024-2028 Juntos por la Sostenibilidad Consciente y el Compromiso de Vida** | 1. EXCELENCIA COMO COMPROMISO |
| | Gestionar la excelencia en el desempeño sistemático de procesos institucionales y la prestación de servicios de salud, con énfasis en el recurso humano, la transferencia de conocimiento y la innovación |

## Contexto

Con la expedición de la Ley estatutaria y de los Planes de Desarrollo Nacional y Departamental aprobados, existe un gran reto para la prestación de servicios de salud, que claramente instaure una política base para la prestación de servicios más allá de la normatividad establecida por el decreto 780 del 2016, fortaleciendo la Atención Primaria en Salud (APS); Redes Integradas en Salud (RIAS), modalidades de prestación como Telesalud, atención extramural, desarrollo de programas con enfoque en salud pública y suficiencia del recurso especializado entre otros enmarcados en la gestión del riesgo en salud; dicha atención deberá tener en cuenta los componentes relativos a las rutas de atención para la promoción y mantenimiento de la salud por ciclos de vida, las rutas de atención específicas por grupos de riesgo, el fortalecimiento del prestador primario, la operación en redes integrales de servicios, el desarrollo del talento humano, la implementación de la gestión de riesgo en salud, el desarrollo de incentivos y la definición de requerimientos de información para su seguimiento y evaluación.

Los cambios que ha sufrido los indicadores demográficos como la tasa de fertilidad, expectativa de vida y envejecimiento de la población inciden fuertemente sobre el perfil epidemiológico de la población y por tanto la demanda de servicios de salud debe ser evaluada en cada área geográfica, es por esto que como institución prestadora de servicios de salud pública y de orden departamental debemos orientar esfuerzos para contribuir al mejoramiento de la red de servicios, apuntando a la integralidad necesaria para dar solución a las necesidades en salud de la población del norte de Antioquia y del Valle de Aburrá.

Queremos asumir la prestación de servicios asistenciales con calidad, garantizando la mejor aplicación del conocimiento y tecnología disponible, propiciando la investigación y desarrollo del portafolio de servicios con mayor integralidad y complejidad, buscando la satisfacción de las necesidades de los usuarios y entidades responsables de pago.

La ESE pretende introducir políticas y crecer en servicios que faciliten la colaboración e integración entre prestadores de servicios de salud como mecanismo para mejorar la eficiencia del sistema y garantizar la continuidad de la atención bajo los lineamientos emitidos desde el Ministerio de Salud y Protección social, así como el ente territorial.

Nos comprometemos con el objetivo de avanzar en la consolidación de Antioquia como un territorio saludable a partir del modelo preventivo, predictivo y

resolutivo basado en la atención primaria en salud proyectado en el Plan de Desarrollo del Departamento de Antioquia 2024 - 2028.

De igual manera con el "…Programa 2.1.1. Cuidado integral: gestión de la salud pública y la protección social en el territorio", fortalece la salud pública territorial a través de la implementación de rutas integrales e integradas de atención en salud, de orden poblacional, colectivo e individual con articulación sectorial e inter y transectorial en el curso de vida y con enfoque diferencial para el departamento de Antioquia.

Orienta las acciones hacia el cuidado integral de la salud de las personas que residen en Antioquia, en un desarrollo progresivo de intervenciones que, desde un ejercicio de gobernanza y rectoría sanitaria, articulan esfuerzos de orden sectorial e intersectorial para promocionar y mantener la salud individual y colectiva de los territorios. Lo anterior, dentro de un marco operativo de gestión de la salud pública e intervenciones de carácter poblacional, colectivo e individual, situado en los enfoques de los entornos donde se desarrolla la vida, que pueden entenderse como escenarios de transformación social y en los momentos del curso de vida con enfoque de familia.

Se consideran las particularidades dadas para la población general, las niñas, niños y adolescentes, los grupos étnicos, las personas con discapacidad, el campesinado, las mujeres, la población LGBTIQ+, la población víctima del conflicto, la población privada de la libertad, la población migrante y la población habitante de calle. En este sentido, Antioquia hace una apuesta por un cuidado integral de la vida donde la ciudadanía pueda desarrollar capacidades para el cuidado propio, el de los otros y el del planeta**...**

Programa 2.1.4 Aseguramiento y prestación de servicios de salud

Mejora el acceso a los servicios de salud para la población residente en el departamento de Antioquia. También, garantiza el aseguramiento al Sistema General de Seguridad Social en Salud y la cofinanciación del régimen subsidiado, así mismo orienta sus acciones a facilitar el acceso oportuno y con calidad a la prestación de servicios de salud de la población no asegurada y migrante, mediante una gestión técnica, administrativa, jurídica y financiera adecuada.

El Centro Regulador de Emergencias y Desastres (CRUE) orienta la atención de urgencias, emergencias y desastres, realiza asesoría, asistencia técnica, inspección y vigilancia a municipios e instituciones según su competencia y coordina la donación de componentes anatómicos (órganos y tejidos), contribuyendo a la descongestión de los servicios de urgencias mediante la implementación de la plataforma CONTIGO para realizar una adecuada

clasificación de pacientes y la disminución de los tiempos de espera facilitando la atención integral en redes. Con el apoyo del Programa Aéreo Social se articulan de manera intersectorial las acciones que facilitan la atención a las comunidades con difícil acceso geográfico.

En coherencia con lo anterior como estrategia nos alineamos con el Plan de Desarrollo Departamental y nos adherimos al "Programa 2.1.3. Acceso con calidad a la red prestadora de servicios de salud, que busca fortalecer la capacidad resolutiva de la red de prestadores de servicios de salud, con el propósito de mejorar la calidad de la atención en salud de la población Antioqueña.

Impulsa las redes integradas e integrales territoriales de servicios de salud basados en el modelo predictivo y preventivo con enfoque en atención primaria en salud- APS y en Ciudades, Entornos, Ruralidades Sostenibles (CERS) para satisfacer las necesidades de las subregiones-zonas, fortaleciendo las capacidades técnicas, administrativas y financieras de las ESE Hospitales en el nivel primario y complementario, mediante la implementación de rutas integrales e integradas de atención en salud, la formulación de proyectos de inversión en telesalud, infraestructura, dotación de equipos tecnológicos, biomédicos, ambulancias, potenciando la red de bancos de sangre, bajo el liderazgo de las juntas directivas.

Asegura el cumplimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, de los estándares del Sistema Único de Habilitación, del Sistema de Información para la Calidad y del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, con énfasis en la seguridad del paciente y la humanización de la atención en salud, centrando la atención en los usuarios, con personal competente e inscritos en el Registro de Talento Humano en Salud (RETHUS)."

### Indicadores de resultado – línea 2

| ITEM | INDICADOR | UNIDAD DE MEDIDA | LINEA DE BASE 2023 | META X ANUALIDAD | DEPENDENCIA RESPONSABLE |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Cumplimiento de nuestra misión (incremento en # de actividades) | Porcentaje % | 753.596 | >= 3% | Subgerencia científica |
| 2 | Participación en redes o rutas de atención | Número | 1 | >= 1 | Subgerencia científica |

## PROGRAMAS Y PROYECTOS LÍNEA 2

| |
|---|
| **Programa 1: integralidad en la prestación de servicios de salud** |
| **Proyecto 1**: resolutividad en la prestación de servicios de salud |
| **Proyecto 2**: UCI neonatal 1.0 |
| **Proyecto 3:** ampliación del servicio de urgencias de la ESE Hospital Marco Fidel Suárez 1.0 |
| **Proyecto 4:** seguimiento a la producción hospitalaria basado en indicadores de eficiencia |
| **Programa 2: docencia servicio como parte de nuestra misión** |
| **Proyecto 1:** formación de formadores en salud |

### Objetivos generales

1. Contribuir al mejoramiento de la red de servicios a través de la gestión de apertura de nuevos proyectos para la atención en salud, objeto de necesidad y alta demanda en la población del Valle de Aburrá y norte de Antioquia como, cuidado intensivo neonatal, atención materno infantil y subespecialidades.
2. Generar estrategias que permitan fortalecer la prestación de servicios habilitados actualmente en la ESE a través del mecanismo de integralidad y optimización de procesos que permitan evidenciar resultados positivos en el ámbito económico.

### Objetivos específicos

- Estandarizar los procesos y procedimientos asistenciales con enfoque de riesgo, para garantizar la seguridad en la atención.

- Incrementar la producción de servicios y atenciones cumpliendo metas establecidas según optimización de capacidad instalada.

- Fortalecer la selección, contratación de procesos con recurso humano idóneo, entrenado y supervisado para la prestación de servicios de salud especializada y subespecializada que nos permitan garantizar la integralidad y de esta forma asegurar la atención de patologías de mayor complejidad.

## Programa 1: integralidad en la prestación de servicios de salud

### Objetivo

Fortalecer la capacidad instalada y la prestación de nuevos servicios en la institución para mejorar la resolutividad y la eficiencia hospitalaria.

### Indicador de Producto

| NOMBRE DEL INDICADOR | UNIDAD DE MEDIDA | FORMA DE CALCULO | META 2024-2028 | DEPENDENCIA O RESPONSABLE |
|---|---|---|---|---|
| Prestación de nuevos servicios y/o actividades en salud | Número | Acumulado | 4 | Subgerencia científica |

*Con la ampliación del portafolio institucional, la ESE contribuye significativamente al cumplimiento del derecho a la salud de la población de Bello y del Norte del Valle de Aburrá, lo que a su vez impacta positivamente en los índices de morbimortalidad, posicionándose como un referente en el departamento. A medida que se amplían los servicios, la tecnología y su constante actualización se han convertido en aliados fundamentales de nuestro equipo de salud, facilitando el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades prevalentes en la población atendida por la ESE Marco Fidel Suárez. Por ello, mirando hacia el futuro, resulta imprescindible fortalecer la atención que se presta en la institución con la apertura de nuevos servicios y fortaleciendo los equipos de apoyo diagnóstico, para mejorar la precisión de los tratamientos ofrecidos en nuestra institución.*

## PROYECTO 1 (PROGRAMA 1): RESOLUTIVIDAD EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

### Contexto del proyecto

La ESE Hospital Marco Fidel Suárez es una institución de segundo nivel de complejidad que brinda servicios de salud a la población residente y fluctuante del municipio de Bello, el Valle de Aburrá y el Nordeste del departamento de Antioquia. En los últimos años, ha impulsado diversos proyectos orientados a mejorar la calidad en la prestación de servicios y garantizar la continuidad en la atención, fortaleciendo su portafolio de servicios con el objetivo de ofrecer una atención integral que produzca resultados favorables. Estos avances permiten controlar y mitigar los factores de riesgo, aprovechando los avances terapéuticos

y tecnológicos disponibles para el cuidado de la población, con un firme compromiso de asegurar atención de calidad.

Con la ampliación del portafolio institucional, la ESE contribuye significativamente al cumplimiento del derecho a la salud de la población de Bello y del Norte del Valle de Aburrá, lo que a su vez impacta positivamente en los índices de morbimortalidad, posicionándose como un referente en el departamento. A medida que se amplían los servicios, la tecnología y su constante actualización se han convertido en aliados fundamentales de nuestro equipo de salud, facilitando el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades prevalentes en la población atendida por la ESE Marco Fidel Suárez. Por ello, mirando hacia el futuro, resulta imprescindible fortalecer la atención que se presta en la institución con la apertura de nuevos servicios y fortaleciendo los equipos de apoyo diagnóstico, para mejorar la precisión de los tratamientos ofrecidos en nuestra institución.

## Objetivos del proyecto

Fortalecer el portafolio de servicios institucional mediante la apertura de nuevos servicios, alineados a las necesidades específicas de la población del municipio de Bello y al proceso de crecimiento de la institución. Este objetivo busca mejorar la cobertura y calidad de los servicios ofrecidos, contribuyendo al desarrollo social y al bienestar.

## Actividades del proyecto

### Apoyo diagnostico

Fortalecer la tecnología actual para la realización de ayudas diagnósticas con el fin de mejorar la precisión diagnóstica, lo que a su vez contribuye a una atención más oportuna y efectiva, garantizando una mejor calidad e integralidad en el servicio y continuidad en el tratamiento, enfocando de manera más efectiva los tratamientos ofrecidos.

- Determinar las necesidades tecnológicas para mejorar la precisión diagnóstica y la toma de decisiones clínicas.
- Investigar y seleccionar equipos de imagenología de última generación, que permitan una mejor visualización y diagnóstico.
- Evaluar el presupuesto y los recursos necesarios para la adquisición de equipos de apoyo diagnóstico.
- Integrar los nuevos equipos en los procesos clínicos para mejorar la precisión diagnóstica y enfocar los tratamientos de manera más efectiva.

- Propender por que los pacientes reciban una atención integral y oportuna, respaldada por diagnósticos más precisos, contribuyendo a decisiones clínicas mejor fundamentadas.

## Telemedicina

1. Realizar un análisis del estado actual de la infraestructura tecnológica, recursos humanos, y procesos de atención para identificar las áreas que se beneficiarán de la implementación de telemedicina.
2. Determinar qué tipos de servicios se ofertarán a través de telemedicina.
3. Evaluar y seleccionar plataformas de telemedicina que sean seguras, fáciles de usar y compatibles con los sistemas existentes del hospital.
4. Asegurarse de que el hospital cuente con una infraestructura de TI adecuada, como servidores, conexiones a internet de alta velocidad y equipos de comunicación que permitan realizar consultas en tiempo real.
5. Implementar medidas de ciberseguridad para proteger la información médica de los pacientes, cumpliendo con las normativas.
6. Formar al personal médico y administrativo sobre cómo utilizar las herramientas de telemedicina, desde el agendamiento de citas hasta la atención efectiva a través de plataformas virtuales.
7. Desarrollar y entrenar al personal en protocolos específicos para la atención de pacientes a través de telemedicina.

## Indicadores de gestión

| | | |
|---|---|---|
| **INDICADOR 1** | **Nombre** | **CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES DE INTEGRALIDAD EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD** |
| | **Fórmula** | Número de actividades ejecutadas de acuerdo con el cronograma / Número total de actividades planeadas |
| | **Fuente numerador** | Cronograma, reuniones de seguimiento. |
| | **Fuente denominador** | Cronograma |
| | **Factor escala** | 100 |
| | **Meta** | ≥ 80 % |
| | **Responsable** | Gestión Holística de la calidad |
| | **Frecuencia de medición** | Mensual |
| **INDICADOR 2** | **NOMBRE** | **HABILITACIÓN EL SERVICIO DE TELEMEDICINA** |
| | **Fórmula** | Servicio habilitado a 31 de diciembre de 2025 |
| | **Fuente numerador** | REPS (Registro especial de prestadores de servicios de salud) |
| | **Fuente denominador** | REPS (Registro especial de prestadores de servicios de salud) |
| | **Factor escala** | 1 |
| | **Meta** | 1 |
| | **Responsable** | Asesor de Calidad |
| | **Frecuencia de medición** | Anual |

| | | |
|---|---|---|
| INDICADOR 3 | **Nombre** | **CUMPLIMIENTO DE PRODUCCIÓN DE TELEMEDICINA (UNA VEZ HABILITADO)** |
| | **Fórmula** | Total producción reportada de telemedicina / total producción planeada de telemedicina en el periodo |
| | **Fuente numerador** | Dinámica gerencial |
| | **Fuente denominador** | Archivo con proyección de producción de telemedicina |
| | **Factor escala** | 100 |
| | **Meta** | >80% |
| | **Responsable** | Asesor de Calidad |
| | **Frecuencia de medición** | Mensual |

## PROYECTO 2 (PROGRAMA 1): UCI NEONATAL 1.0

### Contexto del proyecto

La ESE Hospital Marco Fidel Suárez es una institución de segundo nivel de complejidad que brinda servicios de salud a la población residente y fluctuante del municipio de Bello, el Valle de Aburrá y el Nordeste del departamento de Antioquia. En marzo de 2023 inicio la prestación de servicio de atención de partos con 7 camillas de atención urgencias, 4 camas de trabajo de parto, 2 salas de atención de parto y 23 camas de internación, logrando con esto solucionar un problema de salud pública dada la morbilidad relacionada con la falta de camas en la zona de influencia habilitadas para esta atención de mediana complejidad. Hoy derivada de esta ampliación de portafolio y del compromiso con la atención materno perinatal y los riesgos inherentes a este tipo de actividades en salud, la ESE identifica la necesidad de contribuir a la seguridad y resolutividad en la atención del binomio madre-hijo y busca impulsar el proyecto de construcción, habilitación y apertura de la unidad de cuidado intensivo neonatal y sus complementarios.

### Apertura una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) neonatal

1. Mejora de la supervivencia y la calidad de vida: Una UCI neonatal proporciona atención especializada y equipos avanzados para tratar a los recién nacidos con problemas de salud complejos.
2. Reducción de la morbilidad y la mortalidad: La atención en una UCI neonatal reduce la morbilidad y la mortalidad en los recién nacidos, especialmente aquellos con problemas de salud congénitos o prematurez.

3. Brinda Resolutividad en la atención materno-perinatal: Una UCI neonatal p proporciona atención integral al binomio madre-hijo lo que mejora la salud y el bienestar de ambos.

## Objetivo del proyecto

Garantizar la capacidad instalada segura y suficiente para la prestación de los servicios de Cuidado Básico Neonatal, Intermedio e Intensivo en la ESE Hospital Marco Fidel Suárez, con el objetivo de ofrecer una atención integral, segura, humana y compasiva y de calidad al recién nacido con alto riesgo. Esta actividad incluye la adecuación de la infraestructura, así como la capacitación del personal médico y la implementación de protocolos de atención adecuados para asegurar el bienestar y la recuperación de los neonatos en condiciones de alto riesgo.

## Principales actividades

1. Realizar un diagnóstico de la infraestructura existente para determinar las áreas que requieren adecuación para cumplir con los estándares de atención neonatal.
2. Rediseñar y habilitar áreas exclusivas para Cuidado Básico, Intermedio e Intensivo Neonatal, garantizando la separación y el ambiente adecuado para la atención.
3. Adquirir equipos biomédicos de alta calidad y tecnología para la atención neonatal.
4. Desarrollar un plan de formación y actualización constante para el personal médico, de enfermería y demás profesionales de la salud en el manejo de pacientes neonatales de alto riesgo, incluidas las últimas actualizaciones en protocolos de atención.
5. Realizar ejercicios de simulación clínica para que el personal pueda practicar la atención en situaciones de emergencia, como el manejo de recién nacidos.
6. Incluir en la capacitación aspectos de cuidado humanizado y comunicación efectiva con los padres, para mejorar la experiencia familiar durante la hospitalización del recién nacido.
7. Implementar procesos de certificación de competencias específicas en Cuidado Neonatal para asegurar que el personal esté altamente capacitado en los diferentes niveles de atención.
8. Ampliar el portafolio de servicios como nuevas especialidades como cirugía pediátrica, cardiología y oftalmología que permita contar con el recurso humano necesario para la atención en la UCI neonatal.

9. Elaborar y revisar protocolos clínicos que guíen la atención neonatal en cada nivel (básico, intermedio e intensivo), con base en las mejores prácticas basadas en la evidencia.
10. Establecer protocolos de atención integral que aborden tanto las necesidades médicas como emocionales del recién nacido y su familia, promoviendo el apego y el contacto madre-hijo.
11. Implementar un sistema de gestión de calidad que permita monitorear indicadores clave de desempeño en la atención neonatal.
12. Mejorar la coordinación entre los diferentes servicios para garantizar una respuesta rápida y efectiva ante emergencias.

## Indicadores de gestión

| | | |
|---|---|---|
| **INDICADOR 1** | **Nombre** | **CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES SEGÚN CRONOGRAMA** |
| | **Fórmula** | Número de actividades ejecutadas de acuerdo con el cronograma / Número total de actividades planeadas |
| | **Fuente numerador** | Cronograma, reuniones de seguimiento. |
| | **Fuente denominador** | Cronograma |
| | **Factor escala** | 100 |
| | **Meta** | >80% |
| | **Responsable** | Gestión Holística de la calidad |
| | **Frecuencia de medición** | Mensual |
| **INDICADOR 2** | **Nombre** | **HABILITACIÓN DEL SERVICIO DE UCI NEONATAL** |
| | **Fórmula** | Servicio habilitado |
| | **Fuente numerador** | REPS (Registro especial de prestadores de servicios de salud) |
| | **Fuente denominador** | REPS (Registro especial de prestadores de servicios de salud) |
| | **Factor escala** | 1 |
| | **Meta** | Servicio habilitado |
| | **Responsable** | Gestión Holística de la calidad |
| | **Frecuencia de medición** | Anual |

## PROYECTO 3 (PROGRAMA 1): AMPLIACIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS DE LA ESE HOSPITAL MARCO FIDEL SUÁREZ 1.0

### Contexto del proyecto

La ESE Hospital Marco Fidel Suárez de Bello, es una Empresa Social del Estado, que hace parte de la subred norte del Valle de Aburra de la red prestadora de servicios de salud del departamento de Antioquia, es una entidad de orden departamental, que presta servicios de segundo nivel de atención tipo C, está ubicada en el departamento de Antioquia y en el casco urbano del municipio de Bello, y su importancia radica en la cobertura que actualmente brinda a la población del municipio y el resto del zona norte del Valle de Aburrá. Por tanto, el fortalecimiento de la red pública de prestación de servicios de la región es uno de los propósitos principales de la administración departamental y la gerencia de la ESE; para ello se hace necesario mejorar la infraestructura hospitalaria a través del proyecto denominado: "ampliación de la infraestructura física para el servicio de urgencias de la E.S.E. Hospital Marco Fidel Suárez de Bello, Antioquia", el cual fue radicado en el aplicativo del Plan Bienal 2020- 2021, y en la Secretaria de Salud y Protección Social de Antioquia, en cumplimiento al Plan de Desarrollo Departamental 2020- 2023 "Unidos por la Vida", en su línea estratégica 4. NUESTRA VIDA. Componente 4.2. BIENESTAR ACTIVO Y SALUDABLE PARA ANTIOQUIA. Programa 4.2.5. al "Plan de Desarrollo Municipal 2020 A 2023 por el Bello que Queremos" Pacto 4: Por la Salud y el Bienestar 4.1 componente Salud.

En estos momentos se tiene el estudio de capacidad instalada aprobados por el Ministerio de Salud y Protección social y la Secretaria Seccional de Salud de Antioquia (SSSA).

### Objetivo del proyecto

Contar con un servicio de urgencias accesible, oportuno, equitativo y seguro, que cumpla con las necesidades de la normatividad vigente, la suficiencia en espacios y capacidad instalada.

### Principales actividades

1. Visto bueno de la SSSA y radicación en el Ministerio de Salud y Protección Social.
2. Aprobación de estudios y diseños por parte de la SSSA y radicación en el Ministerio de Salud y Protección Social.
3. Consecución de recursos para el financiamiento de la obra
4. Realizar proceso contractual de la obra.

5. Inicio de obras civiles.
6. Terminación de civiles.
7. Gestionar la adquisición de mobiliario, equipos biomédicos, equipos de cómputo y demás dotación necesaria.

### Indicadores de gestión

| | | |
|---|---|---|
| **INDICADOR 1** | **Nombre** | **CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES EJECUTADAS SEGÚN CRONOGRAMA** |
| | **Fórmula** | Número de actividades ejecutadas de acuerdo con el cronograma / Número total de actividades planeadas |
| | **Fuente numerador** | Cronograma, reuniones de seguimiento. |
| | **Fuente denominador** | Cronograma |
| | **Factor escala** | 100 |
| | **Meta** | >80% |
| | **Responsable** | Subgerencia administrativa |
| | **Frecuencia de medición** | Mensual |
| **INDICADOR 2** | **Nombre** | **AMPLIACIÓN DE URGENCIAS AUTOPISTA CONSTRUIDA** |
| | **Fórmula** | Infraestructura para la ampliación en construcción |
| | **Fuente numerador** | Informe de contrato suscrito |
| | **Fuente denominador** | Seguimiento contrato suscrito |
| | **Factor escala** | 1 |
| | **Meta** | Nueva ampliación contratada a 31 de diciembre de 2027 |
| | **Responsable** | Gerencia |
| | **Frecuencia de medición** | Anual |

## PROYECTO 4 (PROGRAMA 1): SEGUIMIENTO A LA PRODUCCIÓN HOSPITALARIA BASADO EN INDICADORES DE EFICIENCIA

### Contexto del proyecto

La producción de servicios desde el año 2020 viene un aumento considerable presentando una tendencia a la estabilización para el 2024 de acuerdo con la capacidad instalada y los indicadores eficiencia establecidos por la Institución.

Los **indicadores de eficiencia hospitalaria** son herramientas fundamentales para medir el desempeño de la ESE. Estos permiten evaluar la calidad de los servicios prestados, la utilización de recursos y la satisfacción de los pacientes.

**Es importante su seguimiento por**

- **Mejora continua:** Permiten identificar áreas de oportunidad para mejorar los procesos.
- **Toma de decisiones:** Sirven como base para tomar decisiones estratégicas y operativas.
- **Comparación:** Facilitan la comparación entre diferentes hospitales y con estándares nacionales e internacionales.
- **Transparencia:** Contribuyen a la transparencia y rendición de cuentas ante la comunidad.

**Los indicadores de eficiencia que le haremos seguimiento son**

**Indicadores de utilización de recursos**

1. **Porcentaje ocupacional:** Indica el porcentaje de camas ocupadas en un período determinado.
2. **Giro cama:** Mide la frecuencia con la que una cama es ocupada por un nuevo paciente.
3. **Promedio día estancia:** Indica el tiempo promedio que un paciente permanece hospitalizado.

**Indicadores de productividad**

**Cumplimiento de la Matriz de producción de las actividades asistenciales institucional.** Mide la eficiencia de cada uno de los servicios.

**Al implementar este proyecto, el hospital podrá**

**Mejorar la calidad de la atención**: Identificando y corrigiendo las áreas de oportunidad.

**Optimizar el uso de recursos**: Reduciendo costos y aumentando la eficiencia.

**Aumentar la satisfacción del paciente:** Respondiendo a las necesidades y expectativas de los pacientes.

**Tomar decisiones más informadas:** Basando las decisiones en datos objetivos y confiables.

**Objetivo del proyecto**

Realizar el seguimiento y evaluación de la producción hospitalaria basado en indicadores de eficiencia, con el fin de optimizar los procesos, mejorar la calidad de la atención y garantizar la sostenibilidad del servicio.

## Principales actividades

1. Establecer las metas o rangos esperados por la institución.
2. **Capacitación del personal:** Formación en el uso de las herramientas y en la interpretación de los resultados.
3. Monitoreo del comportamiento de los indicadores por los lideres de servicio.
4. Evaluación de los indicadores en el comité Primario Asistencial para la toma de decisiones.
5. **Comunicación de resultados:** Difusión de los resultados a los diferentes niveles de la organización.
6. **Planificación de acciones correctivas:** Diseño e implementación de acciones para solucionar los problemas.
7. **Evaluación de resultados:** Verificación de la efectividad de las acciones implementadas.

## Indicadores de gestión

| | | |
|---|---|---|
| **INDICADOR 1** | **Nombre** | **CUMPLIMIENTO DE LOS INDICADORES DE GIRO CAMA HOSPITALARIA POR ESPECIALIDAD** |
| | **Fórmula** | Total especialidades que cumplen con el giro cama / Total especialidades |
| | **Fuente numerador** | Dinámica Gerencial |
| | **Fuente denominador** | Dinámica Gerencial |
| | **Factor escala** | 100 |
| | **Meta** | ≥ 75 % |
| | **Responsable** | Asesor de Calidad |
| | **Frecuencia de medición** | Mensual |
| **INDICADOR 2** | **Nombre** | **CUMPLIMIENTO DE LOS INDICADORES DE PORCENTAJE OCUPACIONAL HOSPITALARIA POR ESPECIALIDAD** |
| | **Fórmula** | Total especialidades que cumplen con el porcentaje ocupacional / Total especialidades |
| | **Fuente numerador** | Dinámica Gerencial |
| | **Fuente denominador** | Dinámica Gerencial |
| | **Factor escala** | 100 |
| | **Meta** | ≥ 75 % |
| | **Responsable** | Asesor de Calidad |
| | **Frecuencia de medición** | Mensual |

| | | |
|---|---|---|
| INDICADOR 3 | **Nombre** | **CUMPLIMIENTO DE LOS INDICADORES DE PROMEDIO DÍA ESTANCIA HOSPITALARIA POR ESPECIALIDAD** |
| | **Fórmula** | Total especialidades que cumplen con el promedio día estancia / Total especialidades |
| | **Fuente numerador** | Dinámica Gerencial |
| | **Fuente denominador** | Dinámica Gerencial |
| | **Factor escala** | 100 |
| | **Meta** | ≥ 75 % |
| | **Responsable** | Asesor de Calidad |
| | **Frecuencia de medición** | Mensual |
| INDICADOR 4 | **Nombre** | **CUMPLIMIENTO DE LA MATRIZ DE PRODUCCIÓN ASISTENCIAL** |
| | **Fórmula** | Total producción realizada / total producción proyectada |
| | **Fuente numerador** | Dinámica Gerencial |
| | **Fuente denominador** | Matriz de producción proyectada |
| | **Factor escala** | 100 |
| | **Meta** | >80% |
| | **Responsable** | Asesor de Calidad |
| | **Frecuencia de medición** | Mensual |

## Programa 2: docencia servicio como parte de nuestra misión

### Objetivo

Fortalecer el escenario de practica a través de la capacitación del equipo docente para impactar en la formación del talento humano en salud.

### Indicador de Producto

| NOMBRE DEL INDICADOR | UNIDAD DE MEDIDA | FORMA DE CALCULO | META 2024-2028 | DEPENDENCIA O RESPONSABLE |
|---|---|---|---|---|
| Implementación de Rutas de formación docente | Número | Acumulado | 4 | Líder docencia servicio |

*La formación de talento humano en salud es un proceso que busca desarrollar las habilidades, conocimientos y actitudes necesarias para que los profesionales de la salud puedan brindar atención de alta calidad a los pacientes. A continuación, se presentan algunos aspectos clave de la formación de talento humano en salud:*

## Objetivos de la formación de talento humano en salud

1. **Desarrollar habilidades clínicas:** Los profesionales de la salud deben desarrollar habilidades clínicas sólidas para diagnosticar y tratar enfermedades de manera efectiva.
2. **Fomentar la comunicación efectiva:** La comunicación efectiva es fundamental en la atención médica. Los profesionales de la salud deben ser capaces de comunicarse de manera clara y comprensible con los pacientes y sus familias.
3. **Promover la atención centrada en el paciente:** La atención centrada en el paciente es un enfoque que prioriza las necesidades y preferencias del paciente. Los profesionales de la salud deben ser capaces de brindar atención que se adapte a las necesidades individuales de cada paciente.
4. **Fomentar la colaboración interdisciplinaria:** La atención médica es un esfuerzo de equipo. Los profesionales de la salud deben ser capaces de trabajar en equipo con otros profesionales para brindar atención de alta calidad.

## PROYECTO 1 (PROGRAMA 2): FORMACIÓN DE FORMADORES EN SALUD

### Contexto del proyecto

Formación en docencia para todo el personal del ESE Hospital Marco Fidel Suárez con la finalidad de fortalecer las competencias de enseñanza del personal mediante la integración de la docencia y la investigación.

### Objetivo del proyecto

Mejorar la calidad de la formación en docencia del personal del hospital, para brindar una mejor experiencia a los estudiantes y ser un escenario óptimo para el aprendizaje.

### Principales actividades

Ruta de aprendizaje a través de talleres, charlas, debates, entregables y evaluación formativa y sumativa.

## Indicadores de gestión

| | | |
|---|---|---|
| **INDICADOR 1** | **Nombre** | **SATISFACCIÓN DE LOS ESTUDIANTES DURANTE EL PERIODO DE FORMACIÓN** |
| | **Fórmula** | (Promedio de calificación en satisfacción genera / la cantidad de respuestas) x100 |
| | **Fuente numerador** | Encuesta de satisfacción |
| | **Fuente denominador** | Encuesta de satisfacción |
| | **Factor escala** | 100 |
| | **Meta** | 90 % |
| | **Responsable** | Docencia Servicio |
| | **Frecuencia de medición** | Semestral |
| **INDICADOR 2** | **Nombre** | **PORCENTAJE DE ASISTENCIA A LA RUTA DE FORMACIÓN** |
| | **Fórmula** | Número de personas asistentes a los cursos / número de actividades ejecutadas |
| | **Fuente numerador** | Asistencia a las actividades |
| | **Fuente denominador** | Actividades ejecutadas según cronograma de la Ruta de formación |
| | **Factor escala** | 100% de asistencia |
| | **Meta** | 90% |
| | **Responsable** | Docencia Servicio |
| | **Frecuencia de medición** | Semestral |

LÍNEA ESTRATÉGICA 3

# Calidad en la atención cohesionada con el usuario y su familia

## 12.3. Línea 3: Calidad en la atención cohesionada con el usuario y su familia

### Objetivo

Adoptar la calidad como principio holístico aplicado a los procesos que impacte en la satisfacción de los usuarios y sus familias.

| ALINEACIÓN – línea 3 | LINEA /OBJETIVO/PLAN |
|---|---|
| **OBJETIVO DE DESARROLLO SOSTENIBLE** | 3 SALUD Y BIENESTAR |
| | 5 IGUALDAD DE GENERO |
| **PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 2022-2026 Colombia, potencia mundial de la vida LEY 2294 DE 2023** | Seguridad humana y Justicia Social |
| | Transformación productiva, internacionalización y acción climática |
| **PLAN DE DESARROLLO DEPARTAMENTAL 2023-2027 Por Antioquia Firme** | Línea Estratégica 2 Cohesión desde lo social |
| | 2.1 Bien-Estar: Salud integral |
| | 2.1.3 Acceso con calidad a la red prestadora de servicios de salud |
| | 2.1.4 Aseguramiento y prestación de servicios de salud |
| **PLAN TERRITORIAL DE SALUD 2024-2028** | Fortalecimiento institucional del sistema de información y seguridad informática |
| | Interoperabilidad para automatizar los informes de salud e historia clínica |
| | Ejecutar planes de acción con las familias, individuos y comunidades |
| **PLAN DE DESARROLLO MUNICIPAL 2024 -2027 Juntos Construimos** | Línea Estratégica 1 Sector Salud |
| | Programa 1.2.4 Aseguramiento y prestación integral de servicios de salud |
| | Línea Estratégica 6 Juntos construimos la gobernanza territorial |
| | Programa 6.1.1 Juntos construimos cultura de transparencia y participación ciudadana |
| **OBJETIVO(S) ESTRATEGICO INSTITUCIONAL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2024-2028 Juntos por la Sostenibilidad Consciente y el Compromiso de Vida** | 3 EXCELENCIA COMO COMPROMISO |
| | Gestionar la excelencia en el desempeño sistemático de procesos institucionales y la prestación de servicios de salud, con énfasis en el recurso humano, la transferencia de conocimiento y la innovación |
| | 4 SATISFACCION COMO EXPERIENCIA |
| | Garantizar la aplicación de políticas y estrategias que reconozcan, valoren y respondan a las características de diversidad y vulnerabilidad desde un enfoque diferencial, humano y de calidad que generen experiencias positivas que incrementen la satisfacción y niveles de recomendación de nuestros usuarios |

Se establece como proceso estratégico y transversal a la institución, como pilar fundamental de la responsabilidad con la satisfacción del usuario y la seguridad en los procesos de atención al paciente; al adoptar la calidad como principio holístico aplicado a los procesos misionales, estratégicos y de apoyo se genera un compromiso gerencial con una gestión basada en procesos, prevención de riesgos y prestación de servicios con enfoque de cohesión con el usuario y su familia.

Esta gerencia no es ajena a la importancia que tiene la calidad en el bienestar de las personas y por ende en la prestación de los diferentes servicios asistenciales que se prestan en la ESE Hospital Marco Fidel Suarez y retoma lineamientos que organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1985 definieron como que calidad de la asistencia en salud es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención en salud óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente durante el proceso.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) refiere que la calidad de los servicios de salud consiste en satisfacer las necesidades de salud de las personas, las familias y las comunidades con base en las mejores prácticas, la ética y el conocimiento científico, contribuyendo a la equidad y al bienestar, sin dejar a nadie atrás, con niveles óptimos de seguridad, efectividad, oportunidad, eficiencia y acceso equitativo como atributos esenciales de su definición.

En Colombia se ha tratado de implementar las políticas internacionales que brindan directrices sobre la calidad de la atención en salud, mediante la elaboración de diferentes normas que han estado a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), como lo es la Ley 100/1993 en donde se creó el Sistema de Seguridad Social Integral y se reconoció la calidad como un aspecto fundamental en la atención de los usuarios. Con el objetivo de mejorar la calidad de los servicios de salud, el MSPS creó el Decreto 1011 de 2006 donde establece el SOGCS, el cual está integrado por el SUH, el PAMEC, SUA y el Sistema de Información para la Calidad en Salud.

Sinérgicamente el hospital se declara humano y compasivo como estrategia de Calidad y experiencia humana en la atención que se brinda a sus usuarios. Un hospital compasivo y humano se centra en brindar atención integral y personalizada a los pacientes, considerando no solo sus necesidades físicas, sino también emocionales y espirituales. Este enfoque se basa en la teoría del cuidado

humano de Jean Watson, que destaca la importancia de la empatía, la compasión y la conexión humana en la atención en salud.

La calidad ha tenido amplias definiciones desde diferentes tópicos como el enfoque al cliente, los productos y procesos, pasando a ser entendida desde la inspección, prevención y control, con el objetivo de mejorar los procesos y dar cumplimiento a los diferentes requerimientos.

### Indicadores de resultado – línea 3

| ITEM | INDICADOR | UNIDAD DE MEDIDA | LINEA DE BASE 2023 | META X ANUALIDAD | DEPENDENCIA RESPONSABLE |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Gestión holística de la calidad | Porcentaje % | 100% | 100% | Subgerencia científica / asesor de calidad |
| 2 | Satisfacción del usuario | Porcentaje % | 95% | >=95% | Subgerencia científica / asesor de calidad |
| 3 | Hospital humano y compasivo | Porcentaje % | N/A | >= 80% | Subgerencia científica / asesor de calidad |

## PROGRAMAS Y PROYECTOS DE LA LÍNEA 3

| **Programa 1: calidad que satisface al usuario** |
|---|
| **Proyecto 1**: hospital comprometido con el mejoramiento continuo |
| **Proyecto 2**: gestión holística de procesos |
| **Proyecto 3:** juntos por la cultura de seguridad del paciente |
| **Proyecto 4:** el plan de gestión que nos une |
| **Programa 2: hospital humano y compasivo** |
| **Proyecto 1:** cultura de cuidado humano y compasivo |
| **Proyecto 2:** experiencia del usuario |
| **Proyecto 3:** cuidando la diversidad: un hospital para todos |
| **Proyecto 4:** siempre contigo 2.0 |
| **Proyecto 5:** espera humana y compasiva 2.0 |

## Programa 1: calidad que satisface al usuario

### Objetivo

Fortalecer la calidad en la atención y del entorno hospitalario, con el fin de generar seguridad, bienestar y cohesión con el usuario.

### Indicador de producto

| NOMBRE DEL INDICADOR | UNIDAD DE MEDIDA | FORMA DE CALCULO | META 2024-2028 | DEPENDENCIA O RESPONSABLE |
|---|---|---|---|---|
| Implementación de rutas de mejoramiento continuo | Número | Acumulado | 4 | Asesor de calidad |

*En la ESE Hospital Marco Fidel Suárez ir más allá del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad se considera una decisión estratégica fundamental para mejorar el desempeño general de la institución, proporcionando una base sólida para sus iniciativas de desarrollo sostenible. Por este motivo, el Plan de Desarrollo 2024-2028 incluye la implementación, documentación, ejecución y seguimiento de este sistema como un proyecto clave.*

*Definir la calidad de la atención en salud requiere conocer cuántos pacientes se benefician de los servicios de salud, esto se debe a que la calidad se mide por factores como la oportunidad en la obtención de resultados de diagnósticos específicos y procedimientos terapéuticos, satisfacción del paciente y sensación de bienestar humano.*

*El organismo internacional de normalización ISO, en su norma 8402 (fue sustituida en el año 2000 por la norma ISO 9000), ha definido a la calidad como la totalidad de características de una entidad que le confiere capacidad para satisfacer necesidades explícitas e implícitas. La calidad es un derecho que debe ser garantizado, por lo tanto, la garantía de la calidad es imperativa en los sistemas de salud y de manera concreta, en las organizaciones que los conforman.*

## PROYECTO 1 (PROGRAMA 1): HOSPITAL COMPROMETIDO CON EL MEJORAMIENTO CONTINUO

### Contexto del proyecto

Con el objetivo de garantizar la calidad de los servicios de salud, es imprescindible incorporar en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC), establecido en el Decreto 780 de 2016. El SOGC es un conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos sistemáticos y deliberados diseñados por el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país. Está compuesto por cuatro componentes clave: el Sistema Único de Habilitación (SUH), el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), el Sistema Único de Acreditación (SUA) y el Sistema de Información para la Calidad en Salud.

Este proyecto tiene como objetivo poner en marcha las directrices del SOGC, integrando aspectos de evaluación, información al usuario y los mecanismos necesarios para su implementación. Abarcará todos los procesos estratégicos, misionales, de apoyo y transversales de la institución, aplicando un enfoque de humanización del servicio, mejoramiento continuo, eficiencia y calidad en todos los servicios ofrecidos.

Además, buscamos el mejoramiento continuo de la calidad, con el fin de alcanzar altos estándares de atención en salud. Este proceso debe facilitar la creación de una cultura organizacional autocrítica y proactiva que permita grandes aprendizajes y cierre las brechas entre la calidad observada y la esperada en cada ciclo de mejoramiento. Todo ello está orientado a garantizar la satisfacción del paciente y su familia con la atención brindada.

Para asegurar que los servicios de salud prestados cumplan con los requisitos del paciente y las normativas legales vigentes, el Hospital Marco Fidel Suárez realiza un seguimiento constante al cumplimiento de las directrices contenidas en el SOGC. Asimismo, se proponen acciones para optimizar el funcionamiento de la institución y fomentar la mejora continua en todos sus procesos, con el fin de superar las expectativas de los usuarios.

### Objetivo del proyecto

Incrementar la satisfacción de los pacientes mediante la implementación eficaz del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC), con énfasis en los procesos de mejora continua, integrando la evaluación de los servicios, la información al usuario y los mecanismos de implementación necesarios que permitan mejorar la prestación en los servicios de salud. Asimismo, se identificarán las brechas entre la calidad observada y la calidad esperada,

ejecutando planes de mejora efectivos que optimicen los recursos destinados a la atención, mejoren la situación de salud de los pacientes y sus familias, y fortalezcan el posicionamiento de la institución.

**Principales actividades**

1. Ejecutar el cronograma del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS): Implementar las actividades programadas en el cronograma, asegurando que se cumplan los plazos y requisitos establecidos para garantizar el cumplimiento con los estándares de calidad en salud.
2. Realizar auditoría interna de habilitación a los servicios institucionales: Evaluar los servicios ofrecidos por la institución, verificando el cumplimiento de los requisitos y normativas para su habilitación.
3. Realizar autoevaluación con los estándares de acreditación: Ejecutar un proceso de autoevaluación para medir el desempeño institucional frente a los estándares establecidos para la acreditación, identificando oportunidades de mejora.
4. Revisar y ejecutar los planes de acción derivados de las auditorías de habilitación: Analizar los resultados de las auditorías de habilitación y poner en marcha los planes de acción correctivos necesarios para resolver cualquier hallazgo o incumplimiento.
5. Ejecutar el plan de acción derivado de la autoevaluación del PAMEC: Desarrollar e implementar las acciones correctivas o de mejora basadas en los resultados obtenidos durante la autoevaluación del Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC).
6. Realizar reportes obligatorios del Sistema de Calidad: Elaborar y entregar los informes establecidos por las normativas del Sistema de Calidad, cumpliendo con los requisitos reglamentarios y de supervisión.
7. Realizar seguimiento a los indicadores institucionales y de salud pública: Monitorear los indicadores clave de desempeño y salud pública que aplican a la institución, generando planes de acción para minimizar resultados negativos y mejorar la calidad de los servicios.
8. Conservar toda la información documentada relacionada con los procesos: Garantizar que toda la documentación vinculada a los procesos de calidad esté organizada, actualizada y bajo control, para asegurar su correcta estandarización y seguimiento.
9. Diseñar estrategias para alertas de documentos que requieren actualización: Crear un sistema de alertas para identificar documentos obsoletos o que necesiten ser revisados y actualizados.

## Indicadores de gestión

| | | |
|---|---|---|
| INDICADOR 1 | **Nombre** | **CUMPLIMIENTO DEL CRONOGRAMA DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD** |
| | **Fórmula** | Número de actividades ejecutadas según cronograma de cumplimiento de Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en salud (SOGC) /número total de actividades planeadas para el período |
| | **Fuente numerador** | Cronograma de cumplimiento de actividades del SOGC |
| | **Fuente denominador** | Cronograma de cumplimiento de actividades del SOGC |
| | **Factor escala** | 100 |
| | **Meta** | 100% |
| | **Responsable** | Asesor de Calidad |
| | **Frecuencia de medición** | Mensual |
| INDICADOR 2 | **Nombre** | **CUMPLIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL** |
| | **Fórmula** | Número de actividades ejecutadas en el periodo/ Número total de actividades solicitadas por los diferentes procesos (solicitudes de actualización/creación de documentación) |
| | **Fuente numerador** | Correos con solicitudes de diferentes procesos (actualización/creación de documentación) |
| | **Fuente denominador** | listado maestro de registros |
| | **Factor escala** | 100 |
| | **Meta** | 90% |
| | **Responsable** | Asesor de Calidad |
| | **Frecuencia de medición** | Mensual |

## PROYECTO 2 (PROGRAMA 1): GESTIÓN HOLISTICA DE PROCESOS

### Contexto del proyecto

Un sistema de gestión es una herramienta clave que permite a una organización establecer metodologías, responsabilidades, recursos y actividades, entre otros, para lograr los resultados deseados. La gestión por procesos es, en la actualidad, la metodología más adecuada para orientar las actividades de las empresas y alcanzar los objetivos derivados de la planeación estratégica, de manera integral y para toda la organización.

Las organizaciones son consideradas sistemas de sistemas, es decir, combinaciones de partes que, al estar ordenadamente relacionadas, forman un todo complejo y unitario. Este conjunto de elementos contribuye a un objetivo común, coordinando las funciones, sin importar quién las realice. De este modo, la gestión por procesos implica reordenar los flujos de trabajo de toda la organización para ofrecer una atención y respuesta unificada, que no solo

busque mejorar la experiencia de los usuarios, sino también optimizar y facilitar la ejecución de las actividades del recurso humano.

Es importante destacar que la actualización de la norma ISO 9001:2015 impulsó a las organizaciones e instituciones a cuestionar el modelo tradicional jerárquico y piramidal, promoviendo la implementación de un modelo de gestión por procesos. Este enfoque proporciona una visión global y precisa de la institución, creando una relación orientada hacia la consecución de objetivos comunes.

La identificación y gestión sistemática de los procesos que se realizan dentro de la organización, así como las interacciones entre ellos, constituye lo que se conoce como el enfoque basado en procesos. Para que una institución sea competitiva, es esencial estandarizar y actualizar los documentos internos a través de un Listado Maestro de Registros. Este listado permite controlar la información institucional, que incluye procesos, subprocesos, documentos, procedimientos, instructivos y formatos, garantizando la correcta ejecución de las actividades y contribuyendo al mejoramiento continuo de todos los procesos.

## Objetivo del proyecto

Fortalecer el modelo de gestión por procesos en todos los niveles de la ESE Hospital Marco Fidel Suárez, como herramienta clave para el fortalecimiento organizacional, con el propósito de satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios y los grupos de interés. Esto se logrará optimizando la eficiencia y calidad de los servicios ofrecidos mediante una gestión efectiva de procesos, asegurando que todas las áreas de la institución trabajen de manera integrada y alineada hacia los mismos objetivos.

## Actividades del proyecto

Estas actividades están orientadas a optimizar la implementación del modelo de gestión por procesos, asegurando que todos los niveles de la ESE Hospital Marco Fidel Suárez trabajen alineados con los procesos institucionales para mejorar la calidad y eficiencia en la atención

1. **Realizar un diagnóstico de la implementación y documentación del modelo de gestión por procesos de la ESE Hospital Marco Fidel Suárez:**
   - Revisar la documentación existente y verificar su alineación con los procesos establecidos.
2. **Estandarizar la documentación de los procesos estratégicos, misionales y de apoyo de la ESE Hospital Marco Fidel Suárez:**

- Asegurar que los procesos estén debidamente documentados, de acuerdo con los estándares establecidos.

3. **Desarrollar auditorías internas a todos los procesos definidos en el mapa de procesos institucional, cerrando brechas entre la documentación y la ejecución de las actividades:**
   - Realizar auditorías periódicas para verificar la correcta ejecución de los procesos definidos.
   - Identificar brechas entre la documentación y la práctica, implementando acciones correctivas cuando sea necesario.
4. **Ejecutar planes de acción orientados al mejoramiento continuo de los procesos de la ESE Hospital Marco Fidel Suárez:**
   - Desarrollar e implementar planes de acción para mejorar continuamente los procesos.
   - Evaluar el impacto de los cambios implementados y realizar ajustes según los resultados.

### Indicadores de gestión

| | | |
|---|---|---|
| **INDICADOR 1** | **Nombre** | **CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE AUDITORIA DE PROCESOS** |
| | **Fórmula** | Número de auditorías ejecutadas / Número de auditorías programadas |
| | **Fuente numerador** | Informe de auditorías realizadas |
| | **Fuente denominador** | Cronograma de auditorias |
| | **Factor escala** | 100 |
| | **Meta** | 100% |
| | **Responsable** | Asesor de Calidad |
| | **Frecuencia de medición** | Mensual |

## PROYECTO 3 (PROGRAMA 1): JUNTOS POR LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

### Contexto del proyecto

Para todas las organizaciones de salud, garantizar una atención segura debe ser una prioridad fundamental. Esto requiere un enfoque tanto retrospectivo como prospectivo del riesgo, con el objetivo de minimizar las acciones inseguras que

pueden generar incidentes, los cuales, a su vez, pueden conducir a eventos adversos. El enfoque retrospectivo es especialmente clave, ya que permite aprender de las fallas o errores pasados, impulsando así acciones de mejora radicales en los procesos.

Sin embargo, para lograr una atención verdaderamente segura, no es suficiente con cumplir únicamente con las normas y disposiciones gubernamentales. Es necesario crear una cultura de seguridad del paciente, que debe ser la primera buena práctica implementada en las organizaciones de salud. Esta cultura se basa en las creencias, valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento, tanto individuales como grupales, que influyen directamente en el compromiso del personal en todos los niveles de la organización. Estos factores determinan el estilo de trabajo, la forma de actuar y el desempeño del personal frente a las fallas de calidad, lo cual impacta directamente en la atención brindada a los pacientes. Para lograr una atención segura, es imprescindible construir y mantener una cultura organizacional que priorice la seguridad del paciente, fomentando un entorno donde los errores sean vistos como oportunidades de aprendizaje y mejora continua.

## Objetivo del proyecto

Promover una cultura organizacional que priorice la seguridad del paciente, fomentando un ambiente donde los errores sean percibidos como oportunidades de mejora y aprendizaje, en lugar de buscar culpables. Esto implica crear un entorno en el que todo el personal esté comprometido con la mejora continua, se fomente la comunicación abierta sobre los incidentes y se implementen procesos para aprender de las fallas, con el fin de mejorar la calidad de la atención y reducir los riesgos para los pacientes.

## Actividades del proyecto

1. **Desarrollar e implementar programas de capacitación sobre seguridad del paciente:**
    - Capacitar al personal, incluyendo médicos, enfermeras, personal administrativo y de apoyo, sobre los principios y prácticas de seguridad del paciente.
    - Realizar talleres sobre la importancia de la cultura de seguridad y cómo identificar y reportar incidentes de manera efectiva.

2. **Asegurar que los reportes se analicen y utilicen para generar acciones correctivas y preventivas.**

3. **Fomentar el análisis de causas raíz de los eventos adversos:**
    - Implementar metodologías de análisis de causas raíz (como el análisis de eventos adversos) para identificar los factores que contribuyen a los incidentes.
    - Realizar reuniones periódicas para discutir los resultados del análisis y cómo evitar que se repitan.

4. **Desarrollar e implementar acciones correctivas y preventivas basadas en los resultados:**
    - Generar planes de acción específicos para abordar las fallas o errores detectados durante el análisis de eventos adversos.
    - Establecer mecanismos de seguimiento para evaluar la efectividad de las acciones implementadas.

5. **Promover la comunicación abierta sobre seguridad del paciente:**

Organizar reuniones y foros regulares donde los profesionales de salud puedan compartir experiencias y reflexionar sobre la seguridad del paciente.

6. **Evaluar continuamente la efectividad de las acciones implementadas:**
    - Realizar auditorías internas periódicas para evaluar si las acciones correctivas están teniendo el impacto deseado en la mejora de la seguridad.
    - Monitorear indicadores clave de desempeño relacionados con la seguridad del paciente, como la reducción de incidentes y eventos adversos.

7. **Fomentar la participación de los pacientes en su seguridad:**

Involucrar a los pacientes en el proceso de seguridad, brindándoles información sobre los procedimientos de seguridad y alentándolos a participar activamente en su atención.

## Indicadores de gestión

| | | |
|---|---|---|
| INDICADOR 1 | **Nombre** | **CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN** |
| | **Fórmula** | Número de actividades ejecutadas del cronograma de seguridad del paciente para el periodo/ Número de actividades programadas en el cronograma de seguridad del paciente para el periodo. |
| | **Fuente numerador** | Cronograma |
| | **Fuente denominador** | Cronograma |
| | **Factor escala** | 100 |
| | **Meta** | >90 % |
| | **Responsable** | Gestión Holística de la Calidad |
| | **Frecuencia de medición** | Mensual |

## PROYECTO 4 (PROGRAMA 1): EL PLAN DE GESTIÓN QUE NOS UNE

### Contexto del proyecto

El Plan de Gestión es el documento que refleja los compromisos establecidos por el Gerente ante la Junta Directiva de la institución. Incluye metas y actividades en áreas clave como la gestión gerencial y estratégica, la gestión de la prestación de servicios de salud y la gestión administrativa. Este plan, elaborado en consonancia con la planeación general de la ESE, se presenta como un documento independiente cuyo cumplimiento debe ser evaluado mediante indicadores específicos.

El Hospital Marco Fidel Suárez, una Empresa Social del Estado (ESE) de orden departamental y de segundo nivel de atención, ofrece servicios de salud de mediana y alta complejidad a usuarios del Área Metropolitana, el norte, nordeste y Magdalena Medio Antioqueño. Para el periodo 2024-2028, ha elaborado su Plan de Gestión Gerencial, que establece, prioriza y define de manera articulada los objetivos y metas necesarias para cumplir con los indicadores de evaluación del desempeño gerencial, conforme a la normatividad vigente. Este plan se basa en las resoluciones 710 de 2012, 0743 de 2013, 408 de 2018 y 1097 de 2018.

El Plan de Gestión se formula de acuerdo con los principios, políticas y directrices del Sistema General de Seguridad Social en Salud y la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud, en sus tres ejes estratégicos: accesibilidad, eficiencia y calidad. Este proceso se lleva a cabo de manera participativa con el equipo de trabajo del área directiva, asistencial y administrativa. Además, se debe establecer un seguimiento continuo para asegurar el cumplimiento de los

indicadores propuestos, lo cual permitirá evaluar el mejoramiento continuo en la institución, especialmente en relación con la calidad y seguridad en la atención a los pacientes.

## Objetivo del proyecto

Evaluar y optimizar continuamente los procesos institucionales de la ESE Hospital Marco Fidel Suárez para identificar áreas de mejora que contribuyan a un mayor avance en la calificación de la autoevaluación y el mejoramiento continuo, asegurando la prestación de servicios de salud con alta calidad y seguridad. Esto incluirá monitorear la adherencia a los protocolos y guías basadas en la mejor evidencia, evaluar la oportunidad y calidad de procedimientos claves y respaldar las decisiones del Plan de Gestión con información válida y confiable. Además, se implementarán medidas correctivas para reducir las brechas en la adherencia a guías, se realizará un seguimiento y trazabilidad de los indicadores de calidad y se mitigarán los factores que impactan negativamente los resultados esperados.

## Actividades del proyecto

- Evaluar el desarrollo de los procesos institucionales para identificar áreas de mejora que contribuyan a un mayor avance en la calificación de la autoevaluación y el mejoramiento continuo, con el objetivo de ofrecer servicios de salud con alta calidad y seguridad.
- Monitorear la adherencia a los protocolos y guías institucionales basadas en la mejor evidencia disponible, asegurando la prestación de atención médica actualizada, oportuna y pertinente. Este monitoreo debe centrarse en impactar las principales causas de morbilidad y la mortalidad intrahospitalaria.
- Respaldar las actividades del Plan de Gestión con información válida, confiable y actualizada, garantizando que las decisiones y acciones se basen en datos precisos y pertinentes.
- Reducir las brechas detectadas en la medición de la adherencia a guías y documentos básicos en la ESE Hospital Marco Fidel Suárez, tomando medidas correctivas para mejorar el cumplimiento de los protocolos establecidos.
- Realizar un seguimiento y trazabilidad al cumplimiento de los indicadores y metas propuestas, así como a la mitigación de los factores que impactan negativamente en los resultados esperados, con el fin de asegurar el cumplimiento de los objetivos de calidad.
- Realizar seguimiento e implementar todas las actividades definidas en el plan de gestión del gerente 2024-2028.

## Indicadores de gestión

| | | |
|---|---|---|
| **INDICADOR 1** | **Nombre** | **CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES DEFINIDAS EN EL PLAN DE GESTIÓN DEL GERENTE** |
| | **Fórmula** | Número de actividades ejecutadas del cronograma del plan de gestión del gerente / Número de actividades programadas en el cronograma del plan de gestión del gerente |
| | **Fuente numerador** | Cronograma de actividades |
| | **Fuente denominador** | Cronograma de actividades |
| | **Factor escala** | 100 |
| | **Meta** | 100% |
| | **Responsable** | Asesor de Calidad |
| | **Frecuencia de medición** | Mensual |

## Programa 2: hospital humano y compasivo

### Objetivo

Implementar un programa de cultura de cuidado humano y compasivo que genere experiencias positivas en la relación usuario-hospital, usuario-personal asistencial.

### Indicador de producto

| NOMBRE DEL INDICADOR | UNIDAD DE MEDIDA | FORMA DE CALCULO | META 2024-2028 | DEPENDENCIA O RESPONSABLE |
|---|---|---|---|---|
| Implementación de programa de cultura de cuidado humano y compasivo | Número | Acumulado | 1 | Líder experiencia del usuario |
| Tasa de satisfacción global del usuario | Porcentaje % | Acumulado | >=95% | Líder experiencia del usuario |

*Un hospital que adopta este enfoque busca crear un entorno de confianza y respeto, donde los pacientes se sientan valorados y apoyados en su proceso de curación. Esto incluye la implementación de programas de cultura de cuidado humano y compasivo, la formación de personal en habilidades de comunicación y empatía, y la creación de espacios físicos que promuevan la relajación y la serenidad.*

## PROYECTO 1 (PROGRAMA 2): CULTURA DE CUIDADO HUMANO Y COMPASIVO

### Contexto del proyecto

La humanización de los servicios de salud es un concepto multidimensional que abarca diversos enfoques y disciplinas, tales como los derechos humanos, la filosofía, la ética, la bioética, la antropología, los valores fundamentales y los requisitos de acreditación. Este concepto sintetiza un conjunto de acciones, medidas y comportamientos necesarios para salvaguardar la dignidad de cada ser humano como usuario de los servicios de salud, poniendo al paciente en el centro de cada decisión, no solo como receptor de atención, sino como un ser integral cuya humanidad debe ser respetada y valorada en todos sus aspectos.

Humanizar, entonces, no es simplemente ser amable o empático; implica adoptar un enfoque holístico e integral, considerando al paciente en su dimensión biopsicosocial: físico, intelectual, emocional, social y espiritual. Es un compromiso activo que debe reflejarse en cada interacción, en cada proceso y en cada decisión tomada dentro del ámbito sanitario. No se trata solo de cumplir con requisitos funcionales, sino de infundir los valores humanos que garantizan una atención respetuosa, digna y compasiva.

En este contexto, el trato humano y compasivo en la atención en salud es mucho más que un acto aislado de amabilidad; es una responsabilidad compartida que involucra a todos los niveles de la institución. Desde la alta dirección de la ESE Hospital Marco Fidel Suárez, existe un firme compromiso con este enfoque, el cual se ve reflejado en nuestra misión y en los valores institucionales que guían nuestra práctica diaria.

Por ello, resulta esencial desarrollar un proyecto que promueva la atención centrada en las necesidades y satisfacción de los pacientes, sus familias y cuidadores, atendiendo sus dimensiones física, emocional, espiritual, intelectual y social. Esto implica no solo la preparación y formación continua de los profesionales en salud, sino también la sensibilización y concientización sobre la importancia de la atención humana y compasiva. Además, es crucial crear una cultura de cuidado humano que se base en principios y valores institucionales, y proporcionar una infraestructura adecuada y un ambiente físico cómodo que favorezca el bienestar de los usuarios, sus familias y nuestros colaboradores.

### Objetivo del proyecto

Fomentar una cultura centrada en el cuidado humano y compasivo, donde se priorice la dignidad, el respeto y la empatía en cada interacción. Buscamos transformar la atención en todos los niveles del hospital, asegurando una

experiencia de salud integral, cálida y respetuosa, que promueva el bienestar físico, emocional y espiritual de los pacientes, sus familias y nuestros colaboradores.

**Principales actividades**

1. Adherencia al modelo de atención humana y compasiva.
2. Ciclo de diálogos: "Habilidades para un trato humano y compasivo".
3. Publicación de información de interés general en redes sociales.
4. Trámites administrativos.
5. Canales de comunicación con el hospital PQRSF.
6. Participación social.
7. Actividades en el aula lúdica con los niños.
8. Soy solidario
9. Brindar apoyo emocional y espiritual al usuario y su familia en los momentos que lo requiera.
10. Implementar actividades "Conexión Saludable: Actividades para el Corazón y la Mente".
11. Celebración fechas especiales y cumpleaños.
12. Visita mascotas en el hospital.
13. Actividades Lectores de vida con pacientes adultos.
14. Actividades Creciendo Juntos: Niños y el Futuro de Nuestro Mundo.
15. Rondas de humanización y del dolor.
16. Acompañamiento a pacientes con diagnostico CA de NOVO.
17. Acompañamiento de experiencia del usuario a familias que perdieron su ser querido (apoyo en trámites administrativos y funerarios).
18. Programa de visitas guiadas para familiares, mostrando cómo el hospital promueve la humanización en todos sus procesos, incluyendo espacios de descanso y atención emocional.
19. Acompañamiento de voluntariado.

## Indicadores de gestión

| | | |
|---|---|---|
| INDICADOR 1 | **Nombre** | **CUMPLIMIENTO DEL CRONOGRAMA DE IMPLEMENTACIÓN DEL PROYECTO CULTURA DE CUIDADO HUMANO Y COMPASIVO** |
| | **Fórmula** | Número de actividades ejecutadas según cronograma de cumplimiento de Implementación del proyecto cultura de cuidado humano y compasivo/número total de actividades planeadas para el periodo |
| | **Fuente numerador** | Número de Actividades Ejecutadas: total de actividades que se han completado hasta el momento en el proyecto. |
| | **Fuente denominador** | Número de Actividades Programadas: total de actividades que se habían planificado o programado |
| | **Factor escala** | 100 |
| | **Meta** | 80 % |
| | **Responsable** | Experiencia del Usuario |
| | **Frecuencia de medición** | Mensual |

## PROYECTO 2 (PROGRAMA 2): EXPERIENCIA DEL USUARIO

### Contexto del proyecto

El Sistema de Información y Atención al Usuario (SIAU), es una herramienta que permite proporcionar una adecuada información a los usuarios, identificar sus necesidades, las expectativas y mejorar la calidad de los servicios de salud que se ofertan en la ESE Hospital Marco Fidel Suarez, el SIAU se considera el enlace entre la institución y los usuarios, utilizado como instrumento para el fortalecimiento de los procesos institucionales, análisis de la información recopilada y seguimiento de los planes de mejora, creando mecanismos para el logro de las metas establecidas.

El monitoreo y tramite oportuno que se realiza a las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones (PQRSF), realizadas por el usuario y/o familiar, junto con la gestión de la percepción de los usuarios obtenida mediante las encuestas de satisfacción, van encaminado a evaluar el índice de satisfacción de los usuarios y posteriormente generar acciones para garantizar una excelente prestación de los servicios, para ello brindamos capacitación al recurso humano de la institución y a su vez socialización al usuario, obteniendo como resultado el cumplimiento de los Deberes y Derechos de los usuarios.

Además, la Participación social en salud es el derecho que tiene cada ciudadano/a y los colectivos a participar en las decisiones que afectan su bienestar, es decir, es el derecho a decidir sobre qué es el derecho a la salud y cómo se realiza y se cumple, por lo cual, el Ministerio de Salud y Protección Social a través de la Resolución 2063 de junio de 2017 adopta la Política de

Participación en Salud- PPSS, que tiene como objetivo la intervención de la comunidad en la organización, control, gestión y fiscalización de las instituciones del sistema de salud en conjunto, por lo que desde las instituciones de salud se debe realizar la programación del plan de acción de la Política de participación en salud cada año, desarrollar las actividades y hacer el reporte al seguimiento de su ejecución a través de la plataforma PISIS.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, se ve necesario la gestión permanente del sistema de información y orientación al usuario SIAU y la gestión de la participación social en salud como cumplimiento a la normatividad vigente en la institución.

## Objetivo del proyecto

Asegurar la disponibilidad de los recursos y herramientas necesarias para la implementación eficiente del Sistema de Información y Atención al Usuario (SIAU), garantizando su claridad, eficacia y respuesta oportuna. Promover la participación de la institución, los usuarios y la comunidad, con el fin de optimizar la experiencia del usuario y contribuir al fortalecimiento continuo de la calidad de los servicios proporcionados.

## Principales actividades

1. Seguimiento Indicador "Proporción de satisfacción global de los usuarios de la ESE".
2. Informes de experiencia del usuario.
3. Comité de experiencia del usuario.
4. Seguimiento al indicador oportunidad de respuesta a PQRS.
5. Programación del plan de acción de la política de participación social en salud.
6. Seguimiento y monitoreo de la política de Participación Social en Salud.
7. Carga y actualización del Plan de Acción de la política de Participación Social en Salud en el sistema PISIS.
8. Evaluación continua del cumplimiento del Plan de Acción de la política de Participación Social en Salud.
9. Acompañamiento y fortalecimiento de la Asociación de Usuarios.
10. Mejora y optimización de los canales de comunicación institucionales.
11. Capacitación continua al personal encargado de la experiencia del usuario (trato digno, manejo de PQRSF, deberes y derechos de los usuarios).
12. Monitoreo y seguimiento del funcionamiento del conmutador institucional.
13. Brindar información y orientación clara y oportuna a los usuarios.

## Indicadores de gestión

| | | |
|---|---|---|
| INDICADOR 1 | **Nombre** | **OPORTUNIDAD DE RESPUESTA A PQRS** |
| | **Fórmula** | Suma de los días entre la realización de la PQRSF por el usuario y el cierre de la misma/ Total de PQRSF recibidas en el periodo |
| | **Fuente numerador** | Suma de los días entre la realización de la PQRSF por el usuario y el cierre de la misma |
| | **Fuente denominador** | Total de PQRSF recibidas en el periodo |
| | **Factor escala** | días |
| | **Meta** | 15 días |
| | **Responsable** | Experiencia del Usuario |
| | **Frecuencia de medición** | Mensual |
| INDICADOR 2 | **Nombre** | **PROPORCIÓN DE SATISFACCIÓN GLOBAL DE LOS USUARIOS DE LA ESE** |
| | **Fórmula** | Número de usuarios que respondieron "muy buena o buena" a la pregunta: ¿Cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de la ESE? / Número total de usuarios que respondieron la pregunta ¿Cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de la ESE? |
| | **Fuente numerador** | Resultados encuesta de Satisfacción Global de la ESE |
| | **Fuente denominador** | Total de registros de pacientes que respondieron las preguntas, del formato de encuestas realizadas en el periodo |
| | **Factor escala** | 100 |
| | **Meta** | 95% |
| | **Responsable** | Experiencia del usuario |
| | **Frecuencia de medición** | Mensual |

| | | |
|---|---|---|
| INDICADOR 3 | **Nombre** | **CUMPLIMIENTO DE LA POLÍTICA DE PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD** |
| | **Fórmula** | Número de actividades ejecutadas en la política de participación social en salud/Número de actividades propuestas en la política de participación social en salud |
| | **Fuente numerador** | Cronograma de las actividades de la política de participación social |
| | **Fuente denominador** | Cronograma de las actividades de la política de participación social |
| | **Factor escala** | 100 |
| | **Meta** | 95% |
| | **Responsable** | Experiencia del usuario |
| | **Frecuencia de medición** | Mensual |

## PROYECTO 3 (PROGRAMA 2): CUIDANDO LA DIVERSIDAD: UN HOSPITAL PARA TODOS

### Contexto del proyecto

La atención en salud debe ser accesible y respetuosa para todos los individuos, independientemente de su origen, condiciones o capacidades. La **inclusión** en los servicios de salud es fundamental para garantizar que ningún paciente sea excluido o discriminado debido a su género, orientación sexual, condición socioeconómica, etnia, religión o discapacidad. Este enfoque no solo cumple con los principios de derechos humanos, sino que también mejora la calidad de la atención, pues cada paciente se siente valorado y respetado, lo que favorece su recuperación y bienestar.

Asimismo, en el Plan de Desarrollo 2024-2028 la E.S.E adquiere un compromiso esencial en el cual busca a reconocer y abordar la diversidad sociocultural de los usuarios externos e internos, con el propósito de prestar servicios de salud integrales, con calidad técnica y humana. Este ideal institucional se encuentra a su vez alineado con uno de sus objetivos el cual pretende adoptar estrategias que permitan reconocer las condiciones personales, socio económicas, culturales, religiosas, de raza, nacionalidad, orientación sexual o identidad de género de los usuarios; dignificar su condición y garantizar un trato humanizado e inclusivo durante la atención en salud.

Por esta razón, se hace necesario y fundamental la creación de un proyecto que contribuya al fortalecimiento de la cultura de cuidado humano y compasivo a partir del reconocimiento de la dignidad humana, la inclusión en el acceso a los servicios de salud y el respeto a la diversidad; posibilitando de esta manera una alta satisfacción en los usuarios.

### Objetivo del proyecto

Crear un entorno hospitalario inclusivo que garantice el acceso, la atención y el trato digno a todos los pacientes, sin distinción de género, edad, orientación sexual, condición social, cultural, religiosa, étnica o de discapacidad. Promover la igualdad de oportunidades en la atención en salud y fortalecer el respeto por la diversidad dentro de los servicios.

### Principales actividades

1. Seguimiento a través de las encuestas de satisfacción (pregunta N°7) a la política de inclusión.

2. Crear contactos con personas que tienen dominio de lenguas indígenas.
3. Socialización de los compromisos de comportamiento y atención al usuario a los nuevos colaboradores.
4. Capacitación en Lengua de señas colombiana para el personal.
5. Señalización en braille.
6. Orientación para atención del parto de población especial (indígenas, otras creencias y religiones).
7. Capacitación en Enfoque de género.
8. Cuidado de la mujer.
9. Señalización en Lengua de señas colombiana en la taquilla de admisiones triage y baños del servicio de urgencias de ambas sedes
10. Crear contacto con institución para realizar propuesta de DDyDD en sistema braille.
11. Implementar campañas de concientización sobre la importancia de la inclusión y el respeto a la diversidad dentro y fuera del hospital, utilizando medios como carteles, videos educativos.
12. Asesoría en atención a usuarios con discapacidad visual.

### Indicadores de gestión

| | | |
|---|---|---|
| **INDICADOR 1** | **Nombre** | **CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES DE POLÍTICA DE INCLUSIÓN** |
| | **Fórmula** | Número de actividades ejecutadas según cronograma de hospital inclusivo / Número total de actividades planeadas de hospital inclusivo |
| | **Fuente numerador** | Cronograma de actividades |
| | **Fuente denominador** | Cronograma de actividades |
| | **Factor escala** | 100 |
| | **Meta** | 95% |
| | **Responsable** | Experiencia del Usuario |
| | **Frecuencia de medición** | Mensual |

## PROYECTO 4 (PROGRAMA 2): SIEMPRE CONTIGO 2.0

### Contexto del proyecto

El siglo XXI se ha caracterizado por un crecimiento significativo del conocimiento, que ha llevado a la tecnologización de las relaciones humanas en general y en particular en la diada médico-paciente, dicho avance ha generado en los contextos hospitalarios la perdida de aspectos esenciales de las relaciones

interpersonales, desembocando en algunos casos en ambientes deshumanizados. Por tal motivo, las Empresas Sociales del Estado están llamadas a brindar una atención en salud de manera integral, basada en los principios de calidad. De ahí que desde el Ministerio de Salud y Protección Social se dispongan de normas en las que invitan a la transformación de los servicios llevándolos a reconsiderar el concepto de atención humana y compasiva como eje de la cultura organizacional.

Para impactar la integralidad y la calidad en la atención, se hace menester la formación del talento humano en habilidades básicas psicosociales como son la escucha activa, relaciones empáticas, capacidad de negociación entre otras. Dicho entrenamiento tendrá un objetivo doble, por un lado, se impactará las relaciones entre colaboradores, paciente y su familia. Y por otro, desarrollará destrezas en los colaboradores para el manejo de las demandas de sus actividades, que redundaran en un mayor bienestar personal y organizacional. Análogamente, es indispensable la promoción de la salud desde el enfoque constructivista de la pedagogía de la salud, enfoque que tiene como esencia devolverle el rol activo al paciente y su familia en el proceso de recuperación y cuidado de si, en el marco de una atención centrada en el paciente y su familia que coadyuve a la generación de espacios que apuntalen al bienestar y al desarrollo humano.

Para el año 2025, el proyecto continuará su consolidación, fortaleciendo las actividades de educación y acompañamiento tanto para los usuarios como para los colaboradores, tal como se planteó en etapas anteriores.

## Objetivo del proyecto

Promover espacios pedagógicos que favorezcan la salud y el bienestar integral de los colaboradores, pacientes y sus familias en la ESE Hospital Marco Fidel Suárez, fomentando una cultura de cuidado, respeto y empatía en todos los niveles de la atención.

## Principales actividades

1. Ciclo de diálogos: “cultura de cuidado humano y compasivo”.
2. Implementación "Conexión Saludable: Actividades para el Corazón y la Mente".
3. Rondas de humanización.
4. Publicación de información de interés.
5. Charla para padres.

6. Educación en salas de espera.
7. Actividades de educación en aula lúdica.
8. Lectura que sana.

### Indicadores de gestión

| | | |
|---|---|---|
| **INDICADOR 1** | **Nombre** | **CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES DEL PROYECTO SIEMPRE CONTIGO** |
| | **Fórmula** | Número de actividades ejecutadas según cronograma proyecto siempre contigo / Número total de actividades planeadas proyecto siempre contigo |
| | **Fuente numerador** | Cronograma de actividades |
| | **Fuente denominador** | Cronograma de actividades |
| | **Factor escala** | 100 |
| | **Meta** | 95% |
| | **Responsable** | Experiencia del Usuario |
| | **Frecuencia de medición** | Mensual |

## PROYECTO 5 (PROGRAMA 2): ESPERA HUMANA Y COMPASIVA 2.0

### Contexto del proyecto

El proyecto "Cultura del Cuidado Humano y Compasivo en las Salas de Espera" tiene como objetivo mejorar la experiencia de los pacientes y sus acompañantes en las salas de espera de la ESE Hospital Marco Fidel Suárez. Las salas de espera son un espacio crítico en el proceso de atención, donde los pacientes y familiares enfrentan momentos de incertidumbre y ansiedad mientras esperan la atención médica. La implementación de un diseño más humano, cómodo y funcional, que considere las necesidades emocionales y físicas de los usuarios, resulta fundamental para contribuir a su bienestar durante este periodo.

El proyecto se justifica también en la necesidad de crear un ambiente más amable, que refleje el compromiso de la institución con la cultura del cuidado humano y compasivo, y que refuerce los principios de empatía, respeto y bienestar. El diseño de espacios agradables, que incluya tanto aspectos físicos como tecnológicos, será un paso clave hacia la mejora continua de la atención y la experiencia del paciente, alineándose con los estándares de calidad y la atención integral de la institución.

## Objetivo del proyecto

Brindar un entorno de calma y confort en las salas de espera de los servicios de hospitalización de la ESE Hospital Marco Fidel Suárez, mediante el diseño de espacios agradables y de fácil gestión, que favorezcan el bienestar emocional de los pacientes y sus acompañantes durante su espera.

## Principales actividades

1. Presentación de propuesta de mobiliario y decoración.
2. Revisión y aprobación de propuesta.
3. Consecución de mobiliario.
4. Adecuación de espacios, puntos de carga de celular salas de espera.
5. Programación de actividades educativas.

## Indicadores de gestión

| | | |
|---|---|---|
| **INDICADOR 1** | **Nombre** | **CUMPLIMIENTO DEL PROYECTO ESPERA HUMANA Y COMPASIVA** |
| | **Fórmula** | No de actividades ejecutadas/ No de actividades planeadas |
| | **Fuente numerador** | Cronograma de actividades |
| | **Fuente denominador** | Cronograma de actividades |
| | **Factor escala** | 100 |
| | **Meta** | 95% |
| | **Responsable** | Experiencia del Usuario |
| | **Frecuencia de medición** | Mensual |

LÍNEA ESTRATÉGICA 4

# Hospital inteligente, competitivo e innovador

## 12.4. Línea 4: Hospital inteligente, competitivo en innovador

### Objetivo

Adoptar tecnologías innovadoras para la optimización de cada uno de los procesos y la eficiencia documental bajo un enfoque de ciberseguridad.

| ALINEACIÓN - línea 4 | LINEA /OBJETIVO/PLAN |
|---|---|
| **OBJETIVO DE DESARROLLO SOSTENIBLE** | 3 SALUD Y BIENESTAR |
| | 4 EDUCACIÓN DE CALIDAD |
| **PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 2022-2026 Colombia, potencia mundial de la vida LEY 2294 DE 2023** | Seguridad humana y Justicia Social |
| | Transformación productiva, internacionalización y acción climática |
| **PLAN DE DESARROLLO DEPARTAMENTAL 2023-2027 Por Antioquia Firme** | Línea Estratégica 2 Cohesión desde lo social |
| | 2.1 Bien-Estar: Salud integral |
| | 2.1.1 Cuidado integral: gestión de la salud pública y la protección social en el territorio |
| | 2.1.2 salud mental ambientes saludables y protectores |
| **PLAN TERRITORIAL DE SALUD 2024-2028** | Educación con enfoque diferencial |
| | Interoperabilidad para automatizar los informes de salud e historia clínica |
| | Fortalecimiento de capacidades del talento humano territorial |
| **PLAN DE DESARROLLO MUNICIPAL 2024 -2027 Juntos Construimos** | Línea Estratégica 1 Sector Salud |
| | Programa 1.2.4 Aseguramiento y prestación integral de servicios de salud |
| **OBJETIVO(S) ESTRATEGICO INSTITUCIONAL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2024-2028 Juntos por la sostenibilidad consciente y el compromiso de vida** | 1. EXCELENCIA COMO COMPROMISO |
| | Gestionar la excelencia en el desempeño sistemático de procesos institucionales y la prestación de servicios de salud, con énfasis en el recurso humano, la transferencia de conocimiento y la innovación |

*Un hospital inteligente, competitivo e innovador es una institución que combina la tecnología, la innovación y la excelencia en la atención médica para ofrecer servicios de alta calidad y eficiencia.*

## Indicadores de resultado – línea 4

| ITEM | INDICADOR | UNIDAD DE MEDIDA | LINEA DE BASE 2023 | META X ANUALIDAD | DEPENDENCIA RESPONSABLE |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Hospital inteligente (eficientar la operación institucional a través de la implementación de APPS, aplicaciones y plataformas digitales) | Número | 30 | >=30 | Asesor de calidad /líder de tecnología |
| 2 | Plan estratégico de tecnologías de la información (PETIC) | Número | 1 | 1 | Asesor de calidad /líder de tecnología |

## PROGRAMAS Y PROYECTOS DE LA LÍNEA 4

| |
|---|
| **Programa 1: gestión inteligente de datos** |
| **Proyecto 1**: gestión inteligente de datos para la toma de decisiones |
| **Programa 2: ciber seguridad hospitalaria** |
| **Proyecto 1:** cibersalud segura |
| **Programa 3: memoria documental** |
| **Proyecto 1:** organización de acervo documental |
| **Proyecto 2:** digitalización de historias clínicas pasivo |
| **Proyecto 3:** gestor documental SAIA |
| **Programa 4: comunicación con propósito** |
| **Proyecto 1:** nuestro hospital en medios 2.0 |
| **Proyecto 2:** red de comunicación estratégica |
| **Proyecto 3:** posicionamiento de los canales digitales |

**Esto implica características clave**

1. **Tecnología de vanguardia:** Implementación de tecnologías avanzadas como la inteligencia artificial, el Internet, la realidad virtual y la telemedicina.

2. **Innovación en la atención médica:** Desarrollo de nuevos modelos de atención en salud, como la medicina personalizada y la atención centrada en el paciente y su familia.

3. **Eficiencia y productividad dadas por el uso de tecnología:** Implementación de procesos y sistemas que permitan apoyar, facilitar y soportar los procesos institucionales gerenciales, misionales y de apoyo.

4. **Seguridad y privacidad:** Implementación de medidas de seguridad y privacidad para proteger la información de los pacientes y garantizar la confidencialidad.

5. **Colaboración y comunicación:** Fomento de la colaboración y la comunicación entre los profesionales de la salud, los pacientes y las familias.

**Acciones para implementar**

**1. Sistemas de información de salud:** Implementación de sistemas de información de salud que permitan el acceso rápido y seguro a la información de los pacientes.

**2. Telemedicina:** Implementación de programas de telemedicina que permitan a los pacientes acceder a la atención médica de manera remota.

**3. Realidad virtual:** Uso de la realidad virtual para la rehabilitación y el tratamiento de pacientes con enfermedades crónicas.

**4. Análisis de datos:** Uso de herramientas de análisis de datos para mejorar la toma de decisiones clínicas y la gestión de la atención médica.

**Logros para alcanzar**

**1. Mejora de la calidad de la atención:** un hospital inteligente, competitivo e innovador puede ofrecer servicios de alta calidad y eficiencia.

**2. Aumento de la satisfacción del paciente:** La implementación de tecnologías avanzadas y la atención centrada en el paciente pueden aumentar la satisfacción del paciente.

**3. Reducción de costos:** La implementación de procesos y sistemas eficientes puede reducir los costos de la atención.

5. **Mejora de la seguridad del paciente:** La implementación de medidas de seguridad y privacidad puede reducir el riesgo de errores médicos y mejorar la seguridad del paciente.

## Programa 1: gestión inteligente de datos

### Objetivo

Identificar perspectivas, tendencias y oportunidades derivadas de los datos institucionales para orientar la toma de decisiones.

### Indicador de producto

| NOMBRE DEL INDICADOR | UNIDAD DE MEDIDA | FORMA DE CALCULO | META 2024-2028 | DEPENDENCIA O RESPONSABLE |
|---|---|---|---|---|
| Procesos y subprocesos asesorados o intervenidos en la automatización de datos o implementación de herramientas para la toma de decisiones | Número | Acumulado | 40 | Asesor de calidad/líder de tecnología |

*La gestión inteligente de datos para la toma de decisiones se refiere al proceso de recopilar, analizar y utilizar datos de manera efectiva para tomar decisiones informadas y estratégicas. Esto implica utilizar tecnologías y herramientas avanzadas para gestionar y analizar grandes cantidades de datos, y para obtener insights y conocimientos que puedan ser utilizados para mejorar la toma de decisiones.*

## PROYECTO 1 (PROGRAMA 1): GESTIÓN INTELIGENTE DE DATOS PARA LA TOMA DE DECISIONES

### Contexto del proyecto

En la ESE Hospital Marco Fidel Suárez, los procesos administrativos y asistenciales generan grandes volúmenes de datos, algunos de ellos actualmente se gestionan de manera manual o mediante herramientas limitadas, lo cual retrasa la toma de decisiones. A pesar de contar con

herramientas como Power BI, muchos de los procesos aún requieren intervención manual para su análisis y la toma de decisiones sigue siendo empírica en algunos casos. El hospital necesita transformar estos datos en información útil y procesable a través de la automatización y análisis en tiempo real, lo que permitirá tomar decisiones basadas en datos más confiables y oportunos.

El proyecto se enmarca en la necesidad de adoptar tecnologías de vanguardia que no solo permitan automatizar las tareas operativas, sino también mejorar la calidad de los informes y análisis, garantizando una gestión más ágil y eficiente.

**Objetivo del proyecto**

Explorar e implementar las aplicaciones de Microsoft Office 365 que permitan automatizar procesos relacionados con la gestión y análisis de datos en la ESE Hospital Marco Fidel Suárez, con el fin de optimizar la toma de decisiones y mejorar la eficiencia operativa.

**Principales actividades**

- Identificar los procesos clave en la gestión de datos dentro de la institución que pueden ser automatizados con las herramientas de Office 365.
- Evaluar las capacidades de automatización y análisis de datos de las aplicaciones de Office 365 como Power Automate, Power BI, Excel, y Microsoft Forms, entre otras.
- Implementar soluciones de automatización para el manejo de datos administrativos y asistenciales utilizando las aplicaciones seleccionadas de Office 365.
- Desarrollar análisis de datos en tiempo real a través de Power BI, integrando los datos de diversas fuentes institucionales.
- Capacitar al personal institucional en el uso de las aplicaciones de Office 365 para la automatización y análisis de datos.
- Generar reportes automáticos e informes personalizados que faciliten el acceso a información relevante para la toma de decisiones estratégicas y operativas.
- Evaluar el impacto de las soluciones implementadas en la eficiencia operativa, la toma de decisiones y la calidad del servicio.

## Indicadores de gestión

| | | |
|---|---|---|
| **INDICADOR 1** | **NOMBRE** | **PORCENTAJE ADOPCIÓN DE HERRAMIENTAS DE AUTOMATIZACIÓN** |
| | **Fórmula** | Número de usuarios que utilizan activamente las herramientas de automatización y análisis de datos / número total de usuarios en los procesos de toma de decisiones que deberían utilizar las herramientas de automatización y análisis de datos |
| | **Fuente numerador** | Cumplimiento de la evidencia de presentación de sus informes en los comités mensuales con apoyo de las herramientas creadas |
| | **Fuente denominador** | Evidencia de presentación de sus informes en los comités mensuales con apoyo de las herramientas creadas |
| | **Factor escala** | 100 |
| | **Meta** | ≥ 80 % |
| | **Responsable** | Sistemas de Información |
| | **Frecuencia de medición** | Mensual |
| **INDICADOR 2** | **Nombre** | **CUMPLIMIENTO EN LA CAPACITACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LAS HERRAMIENTAS IMPLEMENTADAS** |
| | **Fórmula** | Número de participantes que han completado exitosamente las capacitaciones y socializaciones programadas / Número total de participantes previstos para las capacitaciones, seguimientos y socializaciones programadas |
| | **Fuente numerador** | Listados de asistencia a las capacitaciones y seguimientos |
| | **Fuente denominador** | Listados de asistencia a las capacitaciones y seguimientos |
| | **Factor escala** | 100 |
| | **Meta** | ≥ 85 % |
| | **Responsable** | Sistemas de Información |
| | **Frecuencia de medición** | Mensual |

## Programa 2: ciber seguridad hospitalaria

### Objetivo

Proteger la información institucional y los sistemas informáticos de posibles amenazas y ataques cibernéticos y el cumplimiento de regulaciones de protección de datos.

### Indicador de producto

| NOMBRE DEL INDICADOR | UNIDAD DE MEDIDA | FORMA DE CALCULO | META 2024-2028 | DEPENDENCIA O RESPONSABLE |
|---|---|---|---|---|
| Aplicación medidas de Protección para mitigación de riesgos cibernéticos y monitoreo continuo | Número | Acumulado | 5 | Líder de tecnología |

*La ciberseguridad es la práctica de proteger sistemas, redes y datos de ataques cibernéticos, daños o accesos no autorizados. Su objetivo es garantizar la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información y los sistemas.*

### Tipos de amenazas cibernéticas

**1. Malware:** Software malicioso que puede dañar o robar información.

**2. Phishing:** Técnicas de ingeniería social para obtener información confidencial.

**3. Ransomware:** Software que cifra archivos y exige un rescate para desbloquearlos.

**4. Ataques de denegación de servicio (DDoS):** Sobrecargar un sistema para hacerlo inaccesible.

**5. Intrusiones:** Accesos no autorizados a sistemas o redes.

### Medidas de ciberseguridad

**1. Firewalls:** Sistemas que controlan el tráfico de red.

**2. Antivirus:** Software que detecta y elimina malware.

**3. Autenticación y autorización:** Procesos para verificar la identidad y permisos de los usuarios.

**4. Cifrado:** Técnicas para proteger la confidencialidad de la información.

**5. Actualizaciones y parches:** Mantener el software y los sistemas actualizados para corregir vulnerabilidades.

### Beneficios de la ciberseguridad

**1. Protección de la información confidencial:** evitar la pérdida o robo de información sensible.

**2. Prevención de daños a la reputación:** evitar daños a la imagen y reputación de la organización.

**3. Reducción de costos:** evitar costos asociados con la recuperación de sistemas y datos después de un ataque.

**4. Cumplimiento de regulaciones:** cumplir con regulaciones y leyes relacionadas con la protección de datos.

**5.** Mejora de la confianza: fomentar la confianza entre los clientes, colaboradores y demás grupos de interés.

## PROYECTO 1 (PROGRAMA 2): CIBERSALUD SEGURA

### Contexto del proyecto

En el entorno actual, la ESE Hospital Marco Fidel Suárez se enfrenta a desafíos crecientes en la protección y gestión de datos sensibles. La información médica de los pacientes, que incluye historiales clínicos, diagnósticos y tratamientos, es de vital importancia y requiere una protección estricta para evitar accesos no autorizados, pérdida de datos y ciberataques.

La evolución constante de las amenazas cibernéticas exige una actualización continua de las medidas de seguridad. En este contexto, surge la necesidad de un proyecto integral de seguridad de datos que garantice la protección de la información médica y la confianza de los pacientes en el sistema de salud.

Este proyecto no solo se enfoca en la implementación de tecnologías avanzadas de seguridad, sino también en la creación de políticas y procedimientos que aseguren el manejo adecuado de la información, la capacitación del personal en ciberseguridad y la realización de auditorías regulares para identificar y mitigar riesgos.

El objetivo es transformar la manera en que el hospital gestiona y protege los datos, convirtiéndolo en un modelo a seguir en términos de ciberseguridad y privacidad de la información en el sector salud.

## Objetivo del proyecto

Establecer un marco integral de seguridad de datos que proteja la información médica y personal de los pacientes, cumpliendo con las normativas legales y los estándares vigentes.

## Principales actividades

**Evaluación de riesgos y vulnerabilidades:** Identificación de posibles amenazas y brechas de seguridad en los sistemas actuales.

**Implementación de medidas de protección:** Instalación de firewalls, sistemas de detección y prevención de intrusiones, y cifrado de datos.

**Políticas de seguridad:** Desarrollo de políticas y procedimientos para el manejo seguro de datos, incluyendo el acceso y la transferencia de información.

**Capacitación en ciberseguridad:** Formación del personal en prácticas seguras y concientización sobre la importancia de la seguridad de los datos.

**Auditorías y monitoreo continuo:** Realización de auditorías regulares y monitoreo constante de la infraestructura para detectar y mitigar amenazas.

## Indicadores de gestión

| | | |
|---|---|---|
| **INDICADOR 1** | **NOMBRE** | **CUMPLIMIENTO CON LAS NORMATIVAS DE PROTECCIÓN DE DATOS** |
| | **Fórmula** | Total colaboradores capacitados en protección de datos / Total colaboradores de la institución |
| | **Fuente numerador** | Aula de capacitación virtual institucional |
| | **Fuente denominador** | Aula de capacitación virtual institucional |
| | **Factor escala** | 100 |
| | **Meta** | 85 % |
| | **Responsable** | Líder de tecnología |
| | **Frecuencia de medición** | Anual |
| **INDICADOR 2** | **NOMBRE** | **CUMPLIMIENTO EN LA SOLUCIÓN DE INCIDENTES DE SEGURIDAD DE LA INFORMACION** |
| | **Fórmula** | Número de incidentes solucionados de seguridad de la información en el periodo/Número total de incidentes de seguridad de la información reportados y/o detectados en el periodo |
| | **Fuente numerador** | Consola de antivirus |
| | **Fuente denominador** | Consola de antivirus |
| | **Factor escala** | 100 |
| | **Meta** | >80% |
| | **Responsable** | Líder de Tecnología |
| | **Frecuencia de medición** | Mensual |

## Programa 3: memoria documental

### Objetivo

Proteger el acervo documental de la institución a través de un sistema integral de organización documental.

### Indicador de producto

| NOMBRE DEL INDICADOR | UNIDAD DE MEDIDA | FORMA DE CALCULO | META 2024-2028 | DEPENDENCIA O RESPONSABLE |
|---|---|---|---|---|
| Estrategias ejecutadas de acuerdo con el sistema integral de organización documental | Número | Acumulado | 5 | Líder de gestión documental |

*Un acervo documental es un conjunto de documentos, registros y otros materiales que se han reunido y organizado de manera sistemática para su conservación, estudio y consulta. Estos acervos pueden ser físicos o digitales y pueden estar compuestos por una variedad de tipos de documentos, como:*

### Tipos de documentos que pueden formar parte de un acervo documental

1. Documentos históricos.
2. Registros administrativos.
3. Correspondencia.
4. Informes.
5. Estudios e investigaciones.
6. Fotografías y videos.
7. Grabaciones de audio.
8. Documentos digitales.

## PROYECTO 1 (PROGRAMA 3): ORGANIZACIÓN DE ACERVO DOCUMENTAL

### Contexto del proyecto

La ESE Hospital Marco Fidel Suárez enfrenta el desafío de gestionar su acervo documental compuesto por expedientes físicos asistenciales, administrativos y financieros. El espacio y medios de conservación ha dificultado el acceso oportuno a la información y genera riesgos de deterioro, pérdida y falta de cumplimiento normativo.

El proyecto busca implementar un sistema integral de organización documental que incluya la clasificación, cambio de unidades de conservación, reubicación en espacios adecuados y preservación del acervo. Esta iniciativa optimizará los

recursos, espacios, asegurará la trazabilidad de la información y garantizará el cumplimiento de los principios archivísticos y normativos, respaldando una gestión documental eficiente, transparente y preservando el patrimonio documental.

### Objetivo del proyecto

Organizar, clasificar y reubicar el acervo documental de la ESE Hospital Marco Fidel Suárez, mediante la implementación de cambios en las unidades de conservación y el cumplimiento de normativas archivísticas, para garantizar la preservación, trazabilidad y acceso oportuno a la información.

### Principales actividades

- Cambio de unidades de conservación.
- Clasificación y reubicación de expedientes documentales.
- Realización de inventario documental.
- Eliminación del acervo documental con normatividad vigente.

### Indicadores de gestión

| | | |
|---|---|---|
| **INDICADOR 1** | **NOMBRE** | **ORGANIZACIÓN DE ACERVO DOCUMENTAL** |
| | **Fórmula** | Cantidad de cajas organizadas / organización del acervo documental |
| | **Fuente numerador** | Cantidad de cajas organizadas<br>(Archivo administrativo y archivo clínico) |
| | **Fuente denominador** | 13.000 cajas<br>(Archivo administrativo y archivo clínico) |
| | **Factor escala** | 100 |
| | **Meta** | 100 % |
| | **Responsable** | Gestión documental |
| | **Frecuencia de medición** | Mensual |

## PROYECTO 2 (PROGRAMANA 3): DIGITALIZACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS PASIVO

### Contexto del proyecto

La ESE Hospital Marco Fidel Suárez enfrenta el reto de gestionar el creciente volumen de historias clínicas pasivas acumuladas en formato físico, lo que implica desafíos en términos de espacio, seguridad de la información y cumplimiento normativo. El proyecto de digitalización busca transformar estos documentos en registros electrónicos para garantizar su autenticidad, integridad, disponibilidad y acceso seguro, cumpliendo con la normatividad archivística y de protección de datos en Colombia. Además, las historias clínicas

relacionadas con casos de lesa humanidad requieren un tratamiento especial para preservar su valor jurídico, histórico y social, asegurando su disponibilidad como evidencia en procesos legales y en defensa de los derechos humanos.

### Objetivo del proyecto

Digitalizar las historias clínicas pasivas almacenadas en formato físico, garantizando su conservación, seguridad y accesibilidad en formato digital, y estableciendo un proceso eficiente para la disposición final de los documentos físicos, en cumplimiento con la normatividad archivística y de protección de datos vigente.

### Principales actividades

- Digitalización de Historias Clínicas Pasivo.
- Eliminación de Historias Clínicas Pasivo.

### Indicadores de gestión

| | | |
|---|---|---|
| **INDICADOR 1** | **NOMBRE** | **DIGITALIZACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS PASIVO** |
| | **Fórmula** | HC Pasivo escaneadas / Digitalización de Historias Clínicas Pasivo |
| | **Fuente numerador** | Historias Clínicas escaneadas |
| | **Fuente denominador** | 2260.000 Historias Clínicas Pasivo (1985–2008) |
| | **Factor escala** | 100 |
| | **Meta** | 100% |
| | **Responsable** | Gestión Documental |
| | **Frecuencia de medición** | Mensual |

## PROYECTO 3 (PROGRAMA 3): GESTOR DOCUMENTAL SAIA

### Contexto del proyecto

La ESE Hospital Marco Fidel Suárez enfrenta desafíos en la gestión de su información documental debido al creciente volumen de registros en formato físico y digital. Para abordar esta situación, se implementará un software de gestión documental (SAIA) que centralice y automatice procesos clave como la creación de expedientes y la gestión de correspondencia.

Este proyecto busca optimizar la organización, consulta, conservación y disposición final de documentos, asegurando cumplimiento normativo según la Ley 594 de 2000 y promoviendo eficiencia operativa, acceso seguro y sostenibilidad ambiental al reducir el uso de papel. La solución fortalecerá la capacidad institucional para gestionar la información de manera efectiva,

respaldando la toma de decisiones y garantizando la trazabilidad y autenticidad documental.

## Objetivo del proyecto

Implementar un software de gestión documental para optimizar la creación de expedientes y la gestión de correspondencia, garantizando la organización, conservación, acceso seguro y cumplimiento normativo de la información documental de la ESE Hospital Marco Fidel Suárez.

## Principales actividades

- Centralización de Correspondencia enviada y recibida.
- Radicación de facturas recibidas.
- Creación de Expedientes documentales.
- Centralización de información producida y gestionada en el cumplimiento de las tareas de los diferentes procesos.

## Indicadores de gestión

| | | |
|---|---|---|
| **INDICADOR 1** | **NOMBRE** | **IMPLEMENTACIÓN DEL GESTOR DOCUMENTAL SAIA** |
| | **Fórmula** | Avance de implementación / implementación de SAIA |
| | **Fuente numerador** | Avance mensual en su implementación |
| | **Fuente denominador** | Implementación SAIA |
| | **Factor escala** | 100 |
| | **Meta** | 100% |
| | **Responsable** | Gestión documental |
| | **Frecuencia de medición** | Mensual |

## Programa 4: comunicación con propósito

### Objetivo

Lograr un impacto comunicacional positivo en la comunidad y demás grupos de interés**.**

### Indicador de producto

| NOMBRE DEL INDICADOR | UNIDAD DE MEDIDA | FORMA DE CALCULO | META 2024-2028 | DEPENDENCIA O RESPONSABLE |
|---|---|---|---|---|
| Estrategias ejecutadas de acuerdo con el plan de comunicaciones y relacionamiento institucional | Número | Acumulado | 12 | Líder de comunicaciones |

*La comunicación con propósito se refiere a la capacidad de transmitir mensajes de manera clara, concisa y efectiva, con el objetivo de lograr un impacto específico en la comunidad y demás grupos de interés. Esto implica considerar cuidadosamente el contenido, el tono, el lenguaje y el canal de comunicación para asegurarse de que el mensaje sea recibido y comprendido de la manera deseada.*

### Con esto se busca

**1.** Aumentar la eficacia en la transmisión de los mensajes.
**2.** Mejorar la relación con los usuarios, comunidad y demás grupos de interés.
**3.** Incrementar la credibilidad, ayudar a incrementar la confianza en la institución.
**4.** Aumentar la recordabilidad del mensaje y su impacto.

## PROYECTO 1 (PROGRAMA 4): NUESTRO HOSPITAL EN MEDIOS 2.0

### Contexto del proyecto

Los medios de comunicación juegan un papel fundamental en la percepción pública de las instituciones de salud. Ante la creciente demanda de información y la competencia en el sector, es crucial establecer estrategias de comunicación efectivas que resalten los valores de calidad y humanidad del hospital. Este proyecto busca asegurar una presencia constante y positiva en los medios, promoviendo la confianza y credibilidad de la comunidad hacia la institución.

## Objetivo del proyecto

Fortalecer la relación con los diferentes medios de comunicación masiva (locales y departamentales) que permitan conservar el posicionamiento de la imagen corporativa como prestador de servicios de salud, de calidad y humano.

## Principales actividades

- Actualizar el manual de gestión de la crisis.
- Construir un relacionamiento fluido con los medios de comunicación locales y departamentales (actualización base de datos periódicamente).
- Generar kit de medios quincenales (contar noticias positivas de acuerdo con los avances y/o resultados de los proyectos y programas institucionales).

## Indicadores de gestión

| | | |
|---|---|---|
| **INDICADOR 1** | **NOMBRE** | **CUMPLIMIENTO EN LA ACTUALIZACIÓN DE LOS MANUALES DE COMUNICACIONES** |
| | **Fórmula** | Total de manuales de comunicaciones actualizados / número total de manuales de comunicaciones actualizados |
| | **Fuente numerador** | Intranet |
| | **Fuente denominador** | Intranet |
| | **Factor escala** | 100 |
| | **Meta** | 100% |
| | **Responsable** | Comunicaciones |
| | **Frecuencia de medición** | Anual |
| **INDICADOR 2** | **NOMBRE** | **CUMPLIMIENTO EN LA PUBLICACIÓN DE NOTICIAS POSITIVAS EN MEDIOS DE COMUNICACIÓN MASIVOS"** |
| | **Fórmula** | Número de noticias positivas publicadas / número de noticias positivas proyectadas |
| | **Fuente numerador** | Noticias positivas publicadas en medios |
| | **Fuente denominador** | Cronograma de noticias positivas a publicar |
| | **Factor escala** | 100 |
| | **Meta** | 100% |
| | **Responsable** | Comunicaciones |
| | **Frecuencia de medición** | Trimestral |

## PROYECTO 2 (PROGRAMA 4): RED DE COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA

### Contexto del proyecto

Este proyecto busca consolidar una red de comunicación estratégica tanto interna como externa, que potencie la cohesión entre los colaboradores, impulse el posicionamiento del hospital como líder en el sector salud, y evidencie su solidez económica y capacidad para brindar una atención de calidad y calidez. Así, se espera fortalecer la confianza de los usuarios, empleados y aliados estratégicos, garantizando un impacto positivo y duradero en el entorno donde opera.

### Objetivo del proyecto

Fortalecer la comunicación estratégica interna y externa del hospital para posicionarlo como un referente en el sector salud, destacando su calidad humana, excelencia en el servicio y sostenibilidad económica.

### Principales actividades

- Renovar la línea gráfica interna y externa.
- Construir la mesa de ayuda de comunicaciones.
- Realizar campañas educativas e informativas.
- Crear boletín digital informativo "Novedades HMFS".
- Uso eficiente de las plataformas de comunicación interna (correo institucional, INTRANET y WhatsApp como medio alternativo).
- Desarrollar programa informativo "Somos Compromiso de Vida".
- Realizar video de tips educativos para la comunidad.
- Generar alianzas con medios locales y/o secretarías de salud.

## Indicadores de gestión

| | | |
|---|---|---|
| INDICADOR 1 | **NOMBRE** | **CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES "PLAN DE COMUNICACIONES INTERNO - EXTERNO"** |
| | **Fórmula** | Número de actividades ejecutadas del plan estratégico de comunicaciones / Número de actividades planeadas en el plan Estratégico de Comunicaciones |
| | **Fuente numerador** | Plan estratégico de comunicaciones |
| | **Fuente denominador** | Plan estratégico de comunicaciones |
| | **Factor escala** | 100 |
| | **Meta** | 100 % |
| | **Responsable** | Área de comunicaciones |
| | **Frecuencia de medición** | Trimestral |
| INDICADOR 2 | **NOMBRE** | **CUMPLIMIENTO EN LA REALIZACIÓN DE LAS CAMPAÑAS EDUCATIVAS E INFORMATIVAS** |
| | **Fórmula** | Número de campañas educativas e informativas ejecutadas / Número de campañas educativas e informativas proyectadas |
| | **Fuente numerador** | Cronogramas de campañas educativas e informativas |
| | **Fuente denominador** | Cronogramas de campañas educativas e informativas |
| | **Factor escala** | 100 |
| | **Meta** | 100% |
| | **Responsable** | Área de comunicaciones |
| | **Frecuencia de medición** | Mensual |

## PROYECTO 3 (PROGRAMA 4): POSICIONAMIENTO DE LOS CANALES DIGITALES

### Contexto del proyecto

Los canales digitales se han convertido en una herramienta indispensable para interactuar con la comunidad, captar nuevos usuarios y fortalecer la reputación institucional. El sector salud no es ajeno a esta transformación, donde la visibilidad y la accesibilidad a través de plataformas digitales son fundamentales para competir en el mercado y satisfacer las expectativas de los usuarios actuales.

El hospital, como prestador de servicios de salud, necesita adaptarse a este entorno digital para consolidar su presencia en redes sociales, optimizar su sitio web y desarrollar estrategias de marketing digital que promuevan sus valores de calidad, humanidad y excelencia.

### Objetivo del proyecto

Fortalecer la presencia digital del hospital mediante una gestión estratégica de marketing y canales digitales, que permita posicionarlo como líder en el sector

salud, promoviendo accesibilidad a sus servicios, siendo de calidad y brindando una atención humana y compasiva.

## Principales actividades

Incrementar la presencia y el engagement en nuestras redes sociales a través de estrategias de contenido orgánico mediante campañas, promoviendo la interacción auténtica con nuestra audiencia.

**Gestión y optimización del Sitio Web,** implementando herramientas de analítica para monitorear el tráfico web y la implementación de campañas digitales.

## Indicadores de gestión

| | | |
|---|---|---|
| **INDICADOR 1** | **NOMBRE** | **CUMPLIMIENTO EN LA IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE MARKETING (GESTIÓN DE CONTENIDOS EN REDES SOCIALES)** |
| | **Fórmula** | Total estrategias de marketing ejecutadas / Total estrategias de marketing proyectadas |
| | **Fuente numerador** | Cronograma de estrategias de marketing |
| | **Fuente denominador** | Cronograma de estrategias de marketing |
| | **Factor escala** | 100 |
| | **Meta** | 100% |
| | **Responsable** | Comunicaciones |
| | **Frecuencia de medición** | Trimestral |
| **INDICADOR 2** | **NOMBRE** | **CUMPLIMIENTO EN LAS ACTUALIZACIONES DE LA PÁGINA WEB DEL HOSPITAL** |
| | **Fórmula** | Número de actualizaciones realizadas / Número total de actualizaciones programadas |
| | **Fuente numerador** | Cronograma de actividades de actualización d la página WEB |
| | **Fuente denominador** | Cronograma de actividades de actualización de la página WEB |
| | **Factor escala** | 100 |
| | **Meta** | 100% |
| | **Responsable** | Comunicaciones |
| | **Frecuencia de medición** | Mensual |
| **INDICADOR 3** | **NOMBRE** | **IMPLEMENTACIÓN "LEY DE TRANSPARENCIA"** |
| | **Fórmula** | Número de actividades cumplidas de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública / Número de actividades establecidas de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública |
| | **Fuente numerador** | Página WEB del hospital |
| | **Fuente denominador** | Formato ITA |
| | **Factor escala** | 100 |
| | **Meta** | 100% |
| | **Responsable** | Comunicaciones |
| | **Frecuencia de medición** | Anual |

LÍNEA ESTRATÉGICA 5

# Gestión del aprendizaje, transferencia del conocimiento y cultura organizacional

## 12.5. Línea 5: Gestión del aprendizaje, transferencia del conocimiento y cultura organizacional

### Objetivo

Gestionar la capacidad de identificar y adaptar estrategias de aprendizaje para maximizar la retención y la transferencia del conocimiento institucional.

| ALINEACIÓN - línea 5 | LINEA /OBJETIVO/PLAN |
|---|---|
| **OBJETIVO DE DESARROLLO SOSTENIBLE** | 3 SALUD Y BIENESTAR |
| | 8 TRABAJO DECENTE Y CRECIMIENTO ECONÓMICO |
| | 9 INDUSTRIA INNOVACIÓN E INFRAESTRUCTURA |
| | 17 ALIANZAS PARA LOGRAR LOS OBJETIVOS |
| **PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 2022-2026 Colombia, potencia mundial de la vida LEY 2294 DE 2023** | Seguridad humana y Justicia Social |
| | Transformación productiva, internacionalización y acción climática |
| **PLAN DE DESARROLLO DEPARTAMENTAL 2023-2027 Por Antioquia Firme** | Línea Estratégica 2 Cohesión desde lo social |
| | 2.1 Bien-Estar: Salud integral |
| | 2.1.1 Cuidado integral: gestión de la salud pública y la protección social en el territorio |
| | 2.1.3 Acceso con calidad a la red prestadora de servicios de salud |
| | 2.3 Educación y cultura con pertinencia y calidad |
| | 2.3.5 Innovación y desarrollo para el mejoramiento de la gestión y la calidad |
| **PLAN TERRITORIAL DE SALUD 2024-2028** | Fortalecimiento institucional del sistema de información y seguridad informática |
| | Interoperabilidad para automatizar los informes de salud e historia clínica |
| | Acceso a la salud desde la telemedicina, antecediendo una socialización con la comunidad |
| **PLAN DE DESARROLLO MUNICIPAL 2024 -2027 Juntos Construimos** | Línea estratégica 5 |
| | Programa 1.6.6 Juntos por el acceso y uso de las tecnologías de la información y las comunicaciones |
| **OBJETIVO(S) ESTRATEGICO INSTITUCIONAL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2024-2028 Juntos por la Sostenibilidad Consciente y el Compromiso de Vida** | 1. EXCELENCIA COMO COMPROMISO |
| | Gestionar la excelencia en el desempeño sistemático de procesos institucionales y la prestación de servicios de salud, con énfasis en el recurso humano, la transferencia de conocimiento y la innovación |

A través de esta línea se definen objetivos y estrategias para focalizar parte de la gestión gerencial en los colaboradores y la creación de cultura y huella institucional.

La gestión del aprendizaje, la transferencia de conocimiento y la cultura organizacional son aspectos fundamentales para el éxito de cualquier empresa u organización, mucho más en una institución donde el talento humano es la base fundamental para alcanzar los objetivos en salud.

**Indicadores de resultado – línea 5**

| ITEM | INDICADOR | UNIDAD DE MEDIDA | LINEA DE BASE 2023 | META X ANUALIDAD | DEPENDENCIA RESPONSABLE |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Construcción de un sistema de gestión de las personas | Porcentaje % | N/A | >= 90% | Director gestión de las personas |

## PROGRAMAS Y PROYECTOS DE LA LÍNEA 5

| |
|---|
| **Programa 1: gestión de las preferencias del aprendizaje y transferencia de conocimiento** |
| **Proyecto 1**: aula virtual institucional AVI 2.O |
| **Programa 2: cultura organizacional** |
| **Proyecto 1:** fortalecimiento de la cultura organizacional |
| **Proyecto 2:** prevención del ausentismo y accidentes laborales en el Hospital Marco Fidel Suárez |
| **Proyecto 3:** sistema integral de gestión de las personas |

## Programa 1: gestión de las preferencias del aprendizaje y transferencia de conocimiento

### Objetivo

Obtener resultados en conocimiento, integralidad y calidad de acuerdo con las principales formas de aprendizaje y procesamiento de información del talento humano institucional.

## Indicador de producto

| NOMBRE DEL INDICADOR | UNIDAD DE MEDIDA | FORMA DE CALCULO | META 2024-2028 | DEPENDENCIA O RESPONSABLE |
|---|---|---|---|---|
| Estrategias ejecutadas de acuerdo con el Sistema de Gestión de las Personas Institucional | Número | Acumulado | 12 | Director de gestión de las personas |

*La gestión de las preferencias del aprendizaje y la transferencia de conocimiento son dos conceptos relacionados que se enfocan en la forma en que las personas aprenden y aplican el conocimiento en diferentes contextos.*

### Gestión de las preferencias del aprendizaje

La gestión de las preferencias del aprendizaje se refiere a la capacidad de identificar y adaptar las estrategias de aprendizaje individuales para maximizar la absorción y retención del conocimiento. Esto implica considerar las diferencias individuales en la forma en que las personas aprenden, como:

- Estilos de aprendizaje (visual, auditivo, kinestésico).
- Preferencias de ritmo de aprendizaje (lento, rápido).
- Niveles de motivación y compromiso.
- Necesidades y objetivos de aprendizaje individuales.

### Transferencia de conocimiento

La transferencia de conocimiento se refiere al proceso de aplicar el conocimiento y las habilidades aprendidas en un contexto específico a otros contextos, como:

- De un servicio a otro.
- De un proyecto a otro.
- De una situación a otra.

### La transferencia de conocimiento implica la capacidad de

- Reconocer y aplicar patrones y principios.
- Adaptar y modificar el conocimiento para ajustarse a nuevas situaciones.
- Comunicar y compartir el conocimiento con otros.

**Importancia de la gestión de las preferencias del aprendizaje y la transferencia de conocimiento.**

**La gestión de las preferencias del aprendizaje y la transferencia de conocimiento son fundamentales para**

- Mejorar la eficacia del aprendizaje.
- Incrementar la retención y aplicación del conocimiento.
- Fomentar la innovación y la creatividad.
- Desarrollar habilidades y competencias transferibles.
- Mejorar la productividad y el rendimiento en el trabajo o en la escuela.

## PROYECTO 1 (PROGRAMA 1): AULA VIRTUAL INSTITUCIONAL AVI 2.O

### Contexto del proyecto

El nuevo enfoque de la **PLATAFORMA VIRTUAL DE INDUCCIÓN, REINDUCCIÓN Y CAPACITACIÓN INSTITUCIONAL** pretende generar compromisos en la atención integral del servicio al usuario, propiciando un ambiente laboral humano en donde el funcionario se pueda beneficiar de nuevos conocimientos no solo aplicables a su mundo laboral sino también al ser y a su desarrollo humano; así el desarrollo de la institución se hará paralelamente con el desarrollo de los componentes de habilidades y conocimientos y del potencial humano a través de procesos de formación y capacitación.

### Objetivo del proyecto

Consolidar una plataforma virtual institucional por medio de la cual, funcionarios, prestadores de servicio, miembros de junta directiva y demás grupos de interés gestionen el conocimiento institucional, lleven a cabo acciones de inducción/reinducción y actividades de formación para el mejoramiento de habilidades, el cumplimiento de requisitos previstos en la norma y facilitar la gestión del aprendizaje y la transferencia de conocimiento.

### Principales actividades

### Estrategias

**1. Identificar las preferencias del aprendizaje:** Utilizar herramientas para identificar las preferencias del aprendizaje de los colaboradores.

**2. Crear un entorno de aprendizaje flexible:** Ofrecer oportunidades de aprendizaje en diferentes formatos, como cursos en línea, talleres presenciales y coaching.

**3. Fomentar la autonomía y el autocontrol:** Permitir a los colaboradores tomar el control de su propio aprendizaje y establecer metas y objetivos personales.

**4. Proporcionar retroalimentación y evaluación:** Ofrecer retroalimentación regular y evaluación del progreso para ayudar a los colaboradores a ajustar su enfoque de aprendizaje.

**5. Identificar y documentar el conocimiento y las mejores prácticas dentro de la Institución.**

**6. Implementar un sistema de gestión del conocimiento que permita a los colaboradores acceder y compartir conocimiento.**

**7. Fomentar la colaboración y el intercambio de conocimiento:** Fomentar la colaboración y el intercambio de conocimiento entre los colaboradores a través de actividades como talleres, seminarios y grupos de trabajo.

**8. Reconocimiento:** Reconocer y recompensar a los colaboradores que contribuyen al conocimiento y las mejores prácticas dentro del hospital.

## Indicador de gestión

| | | |
|---|---|---|
| **INDICADOR 1** | **NOMBRE** | **PORCENTAJE DE COLABORADORES QUE APRUEBAN LAS ACTIVIDADES DE FORMACIÓN VIRTUAL** |
| | **Fórmula** | Número de colaboradores que aprueban las actividades de formación / Número de funcionarios matriculados en el aula virtual |
| | **Fuente numerador** | Plataforma aula virtual institucional |
| | **Fuente denominador** | Plataforma aula virtual institucional |
| | **Factor escala** | 100 |
| | **Meta** | 95 % |
| | **Responsable** | Director Gestión Humana |
| | **Frecuencia de medición** | Mensual |

## Programa 2: cultura organizacional

### Objetivo

Generar un sello distintivo de cultura organizacional en el relacionamiento interno de los colaboradores institucionales entre si y con los grupos de interés para generar impactos positivos en el clima laboral y en la percepción de la comunidad.

### Indicador de producto

| NOMBRE DEL INDICADOR | UNIDAD DE MEDIDA | FORMA DE CALCULO | META 2024-2028 | DEPENDENCIA O RESPONSABLE |
|---|---|---|---|---|
| Estrategias ejecutadas de acuerdo con el Programa de cultura Institucional | Número | Acumulado | 12 | Director gestión de las personas |

**1.** Definir y comunicar claramente la misión y la visión de la ESE, para que todos los colaboradores estén alineados.

**2.** Fomentar la colaboración y el trabajo en equipo a través de actividades y programas que promuevan la interacción y la comunicación entre las áreas.

**3.** Reconocer y recompensar el desempeño y las contribuciones de los empleados para motivarlos y mejorar su compromiso con la institución.

**4.** Fomentar la innovación y la creatividad a través de programas y actividades que permitan a los colaboradores generar nuevas ideas y soluciones.

Al implementar estas estrategias, buscamos gestionar efectivamente las preferencias del aprendizaje, la transferencia de conocimiento y la cultura organizacional, lo que puede llevar a mejoras en la productividad, la motivación y el compromiso de los colaboradores.

## PROYECTO 1 (PROGRAMA 2): FORTALECIMIENTO DE LA CULTURA ORGANIZACIONAL

### Contexto del proyecto

La esencia de un programa de cultura organizacional se enfoca en brindar a cualquier entidad un sello distintivo en el cumplimiento de su misión y en el relacionamiento de sus colaboradores, lo cual le permite tener un mejoramiento continuo, efectividad en los procesos realizados y responder de manera positiva a los cambios constante del entorno altamente competitivo.

La cultura organizacional enseña a los miembros de una entidad sobre las pautas de cómo las personas deben conducirse en ésta. La cultura organizacional debidamente arraigada en una organización acompaña el comportamiento de sus funcionarios en todas sus esferas, esto es, familiar, personal, como integrante de la sociedad.

### Objetivo del proyecto

Dar continuidad al programa de cultura organizacional de la ESE HOSPITAL MARCO FIDEL SUAREZ a través de acciones de sensibilización, capacitación y liderazgo transformador integrado la salud mental como elemento central para el bienestar de sus colaborades.

### Principales actividades

- Estrategias de comunicación interna.
- Acciones de formación en resiliencia, gestión del cambio, inteligencia emocional, liderazgo transformador, salud mental y gestión de las emociones, proyecto: mi nombre mi marca.
- Construcción de mensajes para posicionamiento de los pilares de cultura organizacional.
- Medición de impacto cultura organizacional.

## Indicadores de gestión

| | NOMBRE | CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA DE CULTURA ORGANIZACIONAL |
|---|---|---|
| INDICADOR 1 | **Fórmula** | Total actividades realizadas / Total actividades del programa de cultura organizacional |
| | **Fuente numerador** | Cronograma de actividades del programa de cultura organizacional |
| | **Fuente denominador** | Cronograma de actividades del programa de cultura organizacional |
| | **Factor escala** | 100 |
| | **Meta** | 95 % |
| | **Responsable** | Director de gestión humana |
| | **Frecuencia de medición** | Mensual |

## PROYECTO 2 (PROGRAMA 2): PREVENCIÓN DEL AUSENTISMO Y ACCIDENTES LABORALES EN EL HOSPITAL MARCO FIDEL SUÁREZ

### Contexto del proyecto

El sector salud enfrenta altos índices de ausentismo y accidentes laborales, lo cual afecta la eficiencia de los servicios y el bienestar de los profesionales de la salud. Factores como jornadas laborales extensas, estrés, y condiciones de trabajo inadecuadas contribuyen a estos problemas. Los trabajadores del sector salud, en especial aquellos que están en contacto directo con pacientes, enfrentan riesgos físicos y emocionales que pueden provocar ausencias frecuentes, enfermedades laborales o accidentes, lo que disminuye la calidad del servicio y pone en riesgo la salud de los empleados.

### Objetivo del proyecto

- Reducir el ausentismo y los accidentes laborales en la institución, mejorando las condiciones laborales, promoviendo la seguridad y el bienestar de los empleados.
- Identificar y analizar las causas principales de los accidentes laborales y el ausentismo en los funcionarios del hospital.
- Implementar programas de capacitación y sensibilización sobre seguridad laboral y manejo del estrés.
- Mejorar las condiciones físicas del entorno de trabajo, proporcionando equipos adecuados y ergonómicos.

- Crear un sistema de monitoreo y seguimiento para evaluar la efectividad de las acciones implementadas.

**Principales actividades**

1. **Diagnóstico Inicial**

- Realizar encuestas y entrevistas a los trabajadores para identificar las causas comunes de ausentismo y accidentes laborales.
- Analizar registros históricos de accidentes laborales y ausentismo en los últimos 12 meses.

2. **Capacitación en Seguridad y Salud Ocupacional**

- Desarrollar capacitaciones sobre manejo del estrés, ergonomía en el trabajo y prevención de accidentes (uso correcto de EPP, técnicas de movilización de pacientes, etc.).

3. **Mejoras en el Entorno Laboral**

- Realizar una evaluación de los espacios de trabajo para identificar posibles riesgos (mobiliario inadecuado, falta de equipos de protección personal, etc.).
- Mejorar la infraestructura de las áreas de trabajo, incluyendo el ajuste ergonómico de los equipos y la implementación del programa de orden y aseo.
- Suministrar elementos de protección personal adecuados (guantes, mascarillas, gafas de protección, etc.) y promover su uso adecuado.

4. **Fomento de una Cultura de Autocuidado**

- Implementar programas de bienestar laboral, como actividades físicas y pausas activas durante las jornadas laborales
- Establecer campañas de concientización sobre la importancia del autocuidado y la prevención de enfermedades físicas y psicológicas.

5. **Sistema de Monitoreo y Seguimiento**

- Establecer reuniones periódicas con los lideres para revisar el indicador de ausentismo y accidentalidad en los funcionarios.

## Indicadores de gestión

| | | |
|---|---|---|
| **INDICADOR 1** | **NOMBRE** | **PORCENTAJE DE INVESTIGACIÓN DE LOS ACCIDENTES Y ENFERMEDADES LABORALES (AT-EL)** |
| | **Fórmula** | Número de AT o EL presentados durante el mes / Número de AT o EL reportados |
| | **Fuente numerador** | Base de datos de AT y EL presentados y/o reportados |
| | **Fuente denominador** | Base de datos de AT y EL presentados y/o reportados |
| | **Factor escala** | 100 |
| | **Meta** | 100% |
| | **Responsable** | Director de gestión humana |
| | **Frecuencia de medición** | Mensual |
| **INDICADOR 2** | **NOMBRE** | **SEGUIMIENTO DE AUSENTISMO LABORAL POR CAUSA MÉDICA** |
| | **Fórmula** | Número de días de ausencia por incapacidad laboral y común / número de días de trabajo programados en el mes |
| | **Fuente numerador** | Base de incapacidades |
| | **Fuente denominador** | Cuadro de turnos – horario laboral |
| | **Factor escala** | 100 |
| | **Meta** | 100% |
| | **Responsable** | Director de gestión humana |
| | **Frecuencia de medición** | Mensual |
| **INDICADOR 3** | **NOMBRE** | **PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO AL PLAN DE CAPACITACIÓN** |
| | **Fórmula** | Número de capacitaciones ejecutadas / número de capacitaciones programadas |
| | **Fuente numerador** | Cronograma plan de capacitación |
| | **Fuente denominador** | Cronograma plan de capacitación |
| | **Factor escala** | 100 |
| | **Meta** | ≥90% |
| | **Responsable** | Director de gestión humana |
| | **Frecuencia de medición** | Anual |
| **INDICADOR 3** | **NOMBRE** | **PORCENTAJE DE ÁREAS DE TRABAJO QUE CUMPLEN CON LOS ESTÁNDARES DE SEGURIDAD LABORAL Y ERGONOMÍA** |
| | **Fórmula** | (Número de inspecciones ejecutadas / número de inspecciones planeadas) |
| | **Fuente numerador** | Cronograma de inspecciones |
| | **Fuente denominador** | Cronograma de inspecciones |
| | **Factor escala** | 100 |
| | **Meta** | 100% |
| | **Responsable** | Director de gestión humana |
| | **Frecuencia de medición** | Semestral |

## PROYECTO 3 (PROGRAMA 2): SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN DE LAS PERSONAS

### Contexto del proyecto

Este proyecto tiene como objetivo centralizar y optimizar la gestión de la información relacionada con los ingresos, retiros, novedades administrativas, documentos de las hojas de vida y turnos del personal de la ESE Hospital Marco Fidel Suárez. Abarca tanto al personal agremiado como al vinculado, independientemente de su tipo de contratación. La implementación de este sistema permitirá garantizar la veracidad, actualización y el seguimiento en tiempo real de la información, contribuyendo al mejoramiento de los procesos administrativos del área de Gestión Humana y asegurando la correcta administración de la documentación del personal conforme a la normativa vigente (incluida la Resolución 3100 de 2019).

### Objetivo del proyecto

Desarrollar un sistema institucional integrado que estandarice y centralice los datos relativos a los ingresos, retiros, novedades, documentos de hojas de vida, listas de chequeo y turnos del personal de la ESE Hospital Marco Fidel Suárez, tanto agremiado como vinculado. El sistema permitirá administrar estos datos en tiempo real, mejorando la precisión y la verificación de la información. Además, se facilitará el monitoreo de la documentación requerida, asegurando el cumplimiento de los requisitos establecidos por Gestión Humana y la normativa aplicable (Resolución 3100 de 2019). Esto contribuirá a una gestión eficiente, reduciendo errores administrativos y optimizando la toma de decisiones.

### Principales Actividades del Proyecto

1. Análisis y recolección de requerimientos de información y requerimientos técnicos.
2. Diseño del Sistema integrado.
3. Desarrollo y pruebas del Sistema integrado.
4. Pruebas del Sistema.
5. Documentación y capacitación del personal encargada de alimentar la información del sistema.
6. Implementación y puesta en marcha.

## 7. Monitoreo y seguimiento.

### Indicadores de gestión

| | | |
|---|---|---|
| **INDICADOR 1** | **NOMBRE** | **CUMPLIMIENTO DE LA DOCUMENTACIÓN DE LA LISTA DE CHEQUEO DE INGRESO** |
| | **Fórmula** | Número de hojas de vida revisadas y sistematizadas/número de ingresos en el mes |
| | **Fuente numerador** | Documentos de las hojas de vida aportados por las diferentes agremiaciones y el personal vinculado. |
| | **Fuente denominador** | Ingresos mensuales de personal |
| | **Factor escala** | 100 |
| | **Meta** | >80% |
| | **Responsable** | Director de gestión humana |
| | **Frecuencia de medición** | Mensual |
| **INDICADOR 2** | **NOMBRE** | **PORCENTAJE DE COLABORADORES ACTIVOS EN EL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN DE LAS PERSONAS** |
| | **Fórmula** | Número de personas activas en el sistema/ número total de personas en el hospital |
| | **Fuente numerador** | Ingresos mensuales de personal |
| | **Fuente denominador** | Base de datos del personal activo |
| | **Factor escala** | 100 |
| | **Meta** | >80% |
| | **Responsable** | Director de gestión humana |
| | **Frecuencia de medición** | Mensual |

# PLAN PLURIANUAL DE INVERSIONES Y PLAN OPERATIVO ANUAL

ESE Hospital Marco Fidel Suárez
Compromiso de Vida

GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

## PLAN OPERATIVO ANUAL Y PLAN PLURIANUAL DE INVERSIONES

### Plan Operativo Anual

El Plan Operativo Anual se elabora teniendo en cuenta las metas propuestas en la matriz de priorización estratégica, consiste en definir las actividades a realizar para cada uno de los proyectos a trabajar en cada vigencia, pueden existir proyectos a desarrollar en las cuatro vigencias y proyectos a desarrollar en solo una o dos vigencias dentro del periodo de los cuatro años, según los objetivos y metas establecidas por la ESE.

Cada líder responsable del proyecto en compañía de su equipo de trabajo deberá planear cada una de las actividades a realizar durante el año siguiendo el formato de POA definido por la organización. Los planes operativos anuales se presentan anualmente a la Junta Directiva para su debida aprobación y se deben hacer seguimientos trimestrales los cuales deben ser presentados al Comité de Gestión y Desempeño.

### Plan Plurianual de Inversiones

Mediante el Plan Plurianual de Inversiones, se sustenta el origen y el destino de los recursos gestionados para el cumplimiento de cada meta, este plan plurianual se construye de manera coherente con la programación estipulada por cada línea para el cumplimiento anual de las metas durante el cuatrienio.

| PLAN PLURIANUAL PLAN DE DESARROLLO 2025-2028 | | 2025 | 2026 | 2027 | 2028 | TOTAL INVERSIÓN PERIODO | PARTICIPACIÓN % |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | COSTO INVERSIÓN | COSTO INVERSIÓN | COSTO INVERSIÓN | COSTO INVERSIÓN | | |
| **LÍNEA 1** | Gobernabilidad y sostenibilidad consciente | 11.092.794.943 | 12.423.930.337 | 13.914.801.977 | 15.584.578.214 | 53.016.105.471 | **7%** |
| **LÍNEA 2** | Juntos por nuestro compromiso de vida | 140.213.102.358 | 157.038.674.641 | 175.883.315.598 | 196.989.313.470 | 670.124.406.067 | **89%** |
| **LÍNEA 3** | Calidad en la atención cohesionada con el usuario y su familia | 2.049.955.676 | 2.295.950.357 | 2.571.464.400 | 2.880.040.128 | 9.797.410.561 | **1%** |
| **LÍNEA 4** | Hospital inteligente, competitivo e innovador | 3.195.949.025 | 3.579.462.908 | 4.008.998.457 | 4.490.078.271 | 15.274.488.661 | **2%** |
| **LÍNEA 5** | Gestión del aprendizaje, transferencia de conocimiento y cultura organizacional | 1.591.351.135 | 1.782.313.271 | 1.996.190.863 | 2.235.733.767 | 7.605.589.036 | **1%** |
| | Total, costo inversión Plan de Desarrollo | 158.143.153.137 | 177.120.331.513 | 198.374.771.295 | 222.179.743.850 | 755.817.999.795 | **100%** |

**Fuente:** Presupuesto Proyectado - Escenario 2025 -2028

# MONITOREO, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

ESE Hospital Marco Fidel Suárez
Compromiso de Vida

GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

## MONITOREO, SEGUIMIENTO, EVALUACIÓN Y DIVULGACIÓN

Consecuente con lo descrito anteriormente, para el seguimiento existen diferentes instrumentos que permiten la identificación del estado de cumplimiento de las metas, en primera medida se evalúa el comportamiento de los indicadores formulados y que se consignaron en la matriz de seguimiento que incluye número de actividades, metas de resultado, la línea base y la meta de cumplimiento del cuatrienio, además se acompaña de una programación financiera coherente con el plan plurianual.

Para realizar el proceso de seguimiento se establece un cronograma y para la recolección de la información se remite a cada responsable una solicitud formal.

**El monitoreo institucional**, lo realizará y liderará el gerente con el equipo directivo: subgerentes, coordinadores de algunas unidades funcionales y asesores.

**El monitoreo táctico** deberá ejecutarlo cada subgerente con sus inmediatos colaboradores.

**El monitoreo operativo** deberá ser realizado por cada área o responsable del indicador.

Para que el monitoreo o seguimiento cumpla con los objetivos se tendrán en cuenta las siguientes consideraciones:

- La realizará el más alto nivel gerencial en cada una de las áreas, no debe delegarse.
- Debe ser planeada, con elaboración previa de documentos de análisis, que permitan una evaluación profunda, para la toma de decisiones estratégicas.
- Debe hacerse periódicamente; las evaluaciones se realizarán cada tres meses, es decir, cuatro veces al año. Las fechas para las evaluaciones se deben programar con anterioridad y cumplirlas, los períodos para las evaluaciones serán las siguientes:

| PERIODO PARA EVALUAR | FECHA DE EVALUACIÓN |
|---|---|
| **Primer trimestre** | Abril |
| **Segundo trimestre** | Julio |
| **Tercer trimestre** | Octubre |
| **Cuarto trimestre** | Enero del siguiente año |

En la evaluación se tendrán en cuenta los resultados parciales por cada trimestre y el acumulado del período, por ejemplo, cuando se esté evaluando el segundo trimestre se debe medir el cumplimiento y resultados del trimestre (abril, mayo y junio) y además el acumulado hasta junio y así sucesivamente.

El análisis del seguimiento debe realizarse con base en hechos y datos de las diferentes líneas estratégicas del plan, identificando claramente los productos y las evidencias que permiten conocer los resultados.

**Divulgación**

Una vez aprobado el plan de desarrollo institucional "JUNTOS POR LA SOSTENIBLIDAD CONSCIENTE Y EL COMPROMISO DE VIDA 2024-2028", por la junta directiva, se procederá con la divulgación por los diferentes medios de comunicación como: sitio WEB, redes sociales, correos electrónicos institucionales, intranet, entre otros.

## CIBERGRAFÍA


- https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). (2018). Censo Nacional de Población y Vivienda 2018, capítulo étnico
- https://www. dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/ demografia-y-poblacion/censo-nacional-de-poblacion-y-vivenda-2018
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). (2021). Proyecciones demográficas: series nacional 1950-2070, departamental 1985- 2050, y municipal 1985-3035. www.dane.gov. co/files/censo2018/proyecciones-de-poblacion/presentacion-Proyecciones-Demograficas_ baseCNPV-2018_mar21.pdf.
- https://dssa.gov.co/descargar-documentos-asis
- https://www.dnp.gov.co/plan-nacional-desarrollo/pnd-2022-2026
- https://antioquia.gov.co/plan-desarrollo-2024-2028
- https://www.bello.gov.co/planes/plan-de-desarrollo--municipio-de-bello
- https://www.bello.gov.co/participacion-social-en-salud/asis-bello-2022-final
- https://www.who.int/es/news/item/07-05-2024-who-results-report-2023-shows-notable-health-achievements-and-calls-for-concerted-drive-toward-sustainable-development-goals
- https://www.dssa.gov.co/index.php/estadisticas/aseguramiento/item/114-afiliaciones-en-linea-cero-oportunidades-perdidas-de-afiliacion-en-el-regimen-subsidiado

# PLAN DE DESARROLLO

## 2024 - 2028

ESE Hospital Marco Fidel Suárez
Compromiso de Vida

GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

# JUNTOS POR LA SOSTENIBILIDAD CONSCIENTE Y EL COMPROMISO DE VIDA

## 2024 - 2028

ESE Hospital Marco Fidel Suárez
Compromiso de Vida

GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia