



PLAN DE DESAROLLO 2016 - 2019

Octubre de 2016

HONORABLE JUNTA DIRECTIVA

Dra. Verónica de Viveros Acevedo	Presidente-Delegado del Señor Alcalde
Dra. Claudia Arenas Pajón	Secretaria de Salud de Medellín
Dr. Jorge Julián Osorio Gómez	Representante Asociaciones Científicas de la Salud
Dr. Víctor Manuel González Gómez	Representante Profesionales de la Salud HGM
Dr. Fernando López Álvarez	Representante Gremios de Producción
Sr. Fabio de Jesús Patiño Mesa	Representante de la Comunidad
Dr. Jesús Eugenio Bustamante Cano	Gerente HGM

Contenido

CAPÍTULO. 1. ANTECEDENTES – CONTEXTO INTERNO.....	1-14
1.1 Breve Reseña histórica DEL Hospital General de Medellín Luz Castro de Gutiérrez (HGM)	1-14
1.2 Servicios que ofrece el Hospital	1-17
1.3 Recursos del Hospital	1-21
1.4 Organigrama	1-22
1.5 Mapa de procesos.....	1-23
1.6 Gestión del riesgo	1-24
1.7 Perfil Epidemiológico	1-28
1.7.1 Causas de morbilidad por egreso hospitalario en el HGM 2014-2015.....	1-28
1.7.2 Causas de mortalidad por egreso hospitalario en el HGM 2014-2015.....	1-30
1.8 Situación financiera	1-33
CAPÍTULO. 2. ANTECEDENTES - CONTEXTO EXTERNO	2-46
2.1 Matriz de Riesgos globales	2-46
2.2 Objetivos de desarrollo sostenible (ODS)	2-51
2.2.1 Objetivo 3: garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades	2-52
2.2.2 Metas	2-52
2.3 Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018.....	2-54
2.3.1 Artículos Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 <i>todos por un nuevo país</i> ..	2-55
2.4 Ley estatutaria de salud (Ley 1751 de 2015)	2-66
2.4.1 Naturaleza y contenido del derecho fundamental a la salud	2-66
2.4.2 Obligaciones del Estado	2-66

Plan de Desarrollo 2016 – 2019
Hospital General de Medellín “Luz Castro de Gutiérrez”

2.4.3	Elementos del derecho fundamental a la salud.....	2-67
2.4.4	Principios del derecho fundamental a la salud	2-68
2.4.5	Evaluación anual de los indicadores del goce efectivo	2-68
2.4.6	Redes de servicios	2-69
2.4.7	Prestaciones de salud	2-69
2.4.8	Política para el manejo de la información en salud	2-69
2.4.9	Política farmacéutica nacional.....	2-69
2.5	Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012–2021	2-70
2.5.1	Dimensiones prioritarias.....	2-73
2.5.2	Dimensiones transversales.....	2-75
2.6	Plan decenal para el control del cáncer.....	2-76
2.6.1	Objetivos.....	2-76
2.6.2	Modelo de control del cáncer	2-77
2.6.3	Responsabilidades de los actores del sector salud.....	2-78
2.7	Plan estratégico sectorial 2014–2018, Sector Administrativo de Salud y Protección Social 2-79	
2.7.1	Plataforma estratégica sectorial	2-80
2.8	Política Nacional de Prestación de Servicios.....	2-82
2.8.1	Ejes de la política y sus estrategias.....	2-82
2.9	Política De atención integral en Salud (PAIS).....	2-85
2.9.1	Marco estratégico de la PAIS	2-86
2.9.2	Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS)	2-86
2.9.3	Componentes del MIAS	2-86
2.10	Política farmacéutica nacional	2-90
2.11	Planes de desarrollo departamental y municipal	2-92

Plan de Desarrollo 2016 – 2019
Hospital General de Medellín “Luz Castro de Gutiérrez”

2.11.1	Estadísticas del sector para contextualizar planes de desarrollo	2-92
2.11.2	Plan de Desarrollo “Antioquia Piensa en Grande”	2-98
2.11.3	Plan de Desarrollo “Medellín cuenta con vos”	2-103
2.12	Contexto macroeconómico: Indicadores	2-111
2.13	Contexto macroeconómico: Gasto en salud	2-114
2.14	Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPYG).....	2-117
2.14.1	Objetivos del MIPYG	2-118
2.14.2	Elementos	2-118
2.14.3	Políticas de desarrollo administrativo.....	2-119
2.14.4	Resultados informe de diagnóstico MIPYG	2-122
CAPÍTULO. 3. METODOLOGÍA		3-126
3.1	Contexto y marco metodológico.....	3-126
3.1.1	Metodología de planeación prospectiva	3-128
3.1.2	Cuadro de Mando Integral (CMI) o Balanced Scorecard (BSC).....	3-130
3.1.3	Mapa estratégico.....	3-133
3.1.4	Fortalezas, Limitantes, Oportunidades, Retos - FLOR	3-133
3.1.5	Análisis de brechas	3-133
CAPÍTULO. 4. RESULTADOS		4-135
4.1	Direccionamiento Estratégico.....	4-135
4.1.1	Conclusiones entrevistas a profundidad	4-136
4.1.2	Consolidación priorización de Equipo Directivo, empleados y usuarios..	4-143
4.2	Análisis de alto nivel.....	4-146
4.2.1	Las Alternativas de Crecimiento	4-146
4.2.2	Retos de Optimización	4-148

Plan de Desarrollo 2016 – 2019
Hospital General de Medellín “Luz Castro de Gutiérrez”

4.2.3	Recurso Humano	4-153
4.2.4	La innovación vía Centros de Práctica Clínica.....	4-153
4.2.5	La Necesidad de una Estrategia Comercial	4-153
4.2.6	Los retos financieros.....	4-153
4.3	FLOR (Fortalezas, Limitaciones, Oportunidades, Retos).....	4-154
4.4	Identificación de Brechas.....	4-155
4.5	Escenarios	4-156
4.5.1	Probabilidad de ocurrencia de los escenarios	4-158
4.5.2	Conclusiones.....	4-159
4.6	Plataforma Estratégica	4-162
4.6.1	Misión.....	4-163
4.6.2	Visión	4-163
4.6.3	Propuesta de valor	4-163
4.6.4	Mega	4-163
4.6.5	Perspectiva “Nuestros pacientes”	4-163
4.6.6	Perspectiva “Nuestras Finanzas”	4-163
4.6.7	Perspectiva “Nuestro personal”	4-164
4.6.8	Perspectiva “Nuestros procesos”	4-164
4.6.9	Perspectiva “Nuestra capacidad”	4-164
4.6.10	Principios y Valores	4-164
4.6.11	Política de calidad.....	4-166
4.7	Balanced Scorecard (BSC)	4-167
4.7.1	Trazabilidad y medidores para los elementos de la plataforma estratégica	4-167
4.7.2	Objetivos Estratégicos – Descripción.....	4-170

Plan de Desarrollo 2016 – 2019
Hospital General de Medellín “Luz Castro de Gutiérrez”

4.7.3	Factores claves de éxito para los objetivos estratégicos.....	4-171
4.7.4	Indicadores y Metas Plan de Desarrollo 2016 -2019.....	4-174
4.7.5	Programas y Proyectos	4-177
4.8	Descripción de proyectos	4-179
4.8.1	Implementación del modelo de gestión basado en el flujo del paciente ...	4-179
4.8.2	Unidad para la atención del ciclo materno perinatal con programas de prácticas clínicas	4-180
4.8.3	Consolidar y mantener un modelo de gestión de los recursos y los procedimientos	4-180
4.8.4	Obtener tarifas competitivas manteniendo el margen	4-180
4.8.5	Implementar un modelo de gestión por competencias	4-181
4.8.6	Fortalecimiento de la cultura organizacional.....	4-181
4.8.7	Gestionar la acreditación con excelencia.....	4-182
4.8.8	Consolidación del sistema de gestión integral de calidad	4-182
4.8.9	Cumplimiento de estándares de la norma ISO 31000 (Gestión de riesgos)	4-183
4.8.10	Gobierno en línea.....	4-183
4.8.11	Generar Capacidades de innovación.....	4-184
4.8.12	Consolidación del HGM como un hospital universitario	4-185
4.8.13	Consolidación y fortalecimiento del centro de ensayos clínicos	4-185
4.8.14	Adecuación del Servicio de Diagnostico Cardiovascular, Laboratorio de Función Pulmonar y Electrodiagnóstico.....	4-186
4.8.15	Plan maestro de sostenibilidad ambiental.....	4-186
4.8.16	Gestión de equipos biomédicos, industriales y de soporte asistencial	4-187
4.8.17	Cumplimiento de estándares de la norma ISO 27000 (Seguridad de la información)	4-187
4.8.18	Desarrollo del sistema de información e informática	4-188

Plan de Desarrollo 2016 – 2019
Hospital General de Medellín “Luz Castro de Gutiérrez”

4.9 Alineación del Plan de Desarrollo “Medellín Cuenta con Vos” del señor Alcalde Federico Gutiérrez Zuluaga con los Proyectos Estratégicos del Plan de Desarrollo HGM 2016 – 2019	4-189
CAPÍTULO. 5. TIEMPO DE EJECUCIÓN PROYECTOS PLAN DE DESARROLLO 2016-2019	5-191
CAPÍTULO. 6. PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PLAN DE DESARROLLO 2016-2019	6-192
CAPÍTULO. 7. PROYECCIÓN PRESUPUESTO De INGRESOS Y GASTOS 2016-2019 .	6-193
CAPÍTULO. 8. BIBLIOGRAFÍA	6-194
ANEXO 1. Cuadro de Mando Integral	
ANEXO 2. Consolidación proyectos HGM	

Lista de tablas

Tabla 1. Portafolio de servicios	1-17
Tabla 2. Número de riesgos de acuerdo al proceso y zona de riesgo	1-26
Tabla 3. Causas de morbilidad en el HGM 2014-2015	1-28
Tabla 4. Causas de mortalidad en el HGM 2014-2015	1-31
Tabla 5. Balance General HGM 2014 - 2015	1-33
Tabla 6. Estado de resultados HGM 2014 - 2015.....	1-37
Tabla 7. Indicadores HGM 2014 - 2015.....	1-40
Tabla 8. Facturación Enero – Diciembre HGM 2015	1-42
Tabla 9. Principales deudores a diciembre de 2015	1-43
Tabla 10. Vencimiento de cartera a diciembre de 2015	1-44
Tabla 11. Facturación vs. recaudo en 2015 y vigencias anteriores	1-44
Tabla 12. Estructura Plan Estratégico Sectorial 2014-2018.....	2-80

Plan de Desarrollo 2016 – 2019
Hospital General de Medellín “Luz Castro de Gutiérrez”

Tabla 13. Indicadores macroeconómicos	2-111
Tabla 14. UPC-C vs UPC-S evolución nominal en pesos corrientes	2-113
Tabla 15. Requerimientos.....	2-121
Tabla 16. MIPYG - Resultados obtenidos por sector	2-123
Tabla 17. Áreas Médicas	4-136
Tabla 18. Consolidado Entrevistas a Profundidad Crecimiento.....	4-138
Tabla 19. Consolidado Entrevistas a Profundidad Innovación.....	4-139
Tabla 20. Consolidado Entrevistas a Profundidad Optimización.....	4-140
Tabla 21. Consolidado Entrevistas a Profundidad Propuesta de Valor.....	4-141
Tabla 22. Consolidado Entrevistas a Profundidad Otros temas comunes	4-142
Tabla 23. Resumen Priorización Áreas Médicas.....	4-143
Tabla 24. . Resumen Priorización Crecimiento.....	4-144
Tabla 25. Resumen Priorización Optimización.....	4-145
Tabla 26. Resumen Priorización Propuesta de Valor	4-145
Tabla 27. Resultados de simulación para el escenario A	4-149
Tabla 28. Escenario comparativo	4-151
Tabla 29. Proyectos estratégicos	4-177
Tabla 30. Alineación Programa de Gobierno Señor Alcalde Federico Gutiérrez Zuluaga vs. Plan Estratégico HGM 2016 -2027	4-189
Lista de ilustraciones	
Ilustración 1. Organigrama funcional del Hospital	1-22
Ilustración 2. Mapa de procesos	1-23
Ilustración 3. Número de riesgos identificados según la clasificación de los riesgos	1-25
Ilustración 4. Número de riesgos de acuerdo a la zona antes y después de los controles .	1-26
Ilustración 5. Balance General HGM Años 2011 – 2015.....	1-36

Plan de Desarrollo 2016 – 2019
Hospital General de Medellín “Luz Castro de Gutiérrez”

Ilustración 6. Excedentes del ejercicio HGM Años 2011 – 2015	1-37
Ilustración 7. Portafolio de inversiones HGM Años 2011 – 2015	1-40
Ilustración 8. Valor recaudo cartera años 2011 – 2015	1-42
Ilustración 9. Valor cartera años 2011 – 2015.....	1-43
Ilustración 10. Matriz de riesgos globales, Foro económico mundial.....	2-47
Ilustración 11. Top 10 de riesgos globales según probabilidad e impacto	2-48
Ilustración 12. Riesgos globales de mayor preocupación para los próximos diez años	2-50
Ilustración 13. Marco estratégico PDSP.....	2-71
Ilustración 14. Modelo para el control del cáncer	2-77
Ilustración 15. Ejes de la política nacional de prestación de servicios de salud.....	2-82
Ilustración 16. Cobertura del sistema de seguridad social en Salud al 2014.....	2-93
Ilustración 17. Tasa de mortalidad materna y en menores de un año al 2014.....	2-94
Ilustración 18. Desnutrición y tasa de mortalidad infantil en menores de 5 años	2-94
Ilustración 19. Tasa específica de fecundidad adolescente de 10 – 14 años	2-95
Ilustración 20. Primeros diez motivos por consulta externa en Medellín	2-96
Ilustración 21. Primeros diez motivos por consulta de urgencias en Medellín	2-96
Ilustración 22. Primeros diez motivos por egreso hospitalario en Medellín	2-97
Ilustración 23. Primeras diez causas de mortalidad en Medellín, 2014	2-98
Ilustración 24. Mortalidad por causas asociadas a enfermedades no transmisibles, Medellín 2014	2-106
Ilustración 25. Mortalidad por causas asociadas a enfermedades no transmisibles, Medellín 2014.	2-107
Ilustración 26. IPC vs IPC Salud.....	2-112
Ilustración 27. UPC-C vs UPC-S evolución nominal en pesos corrientes	2-113
Ilustración 28. EPS régimen contributivo – ingresos vs. Costos + gastos	2-114

Plan de Desarrollo 2016 – 2019
Hospital General de Medellín “Luz Castro de Gutiérrez”

Ilustración 29. EPS régimen subsidiado – ingresos vs. costos + gastos	2-115
Ilustración 30. EPS: evolución cuentas por cobrar vs. total cuentas por pagar a prestadores vs patrimonio	2-115
Ilustración 31. Demandas IPS a las EPS y de las EPS al Estado	2-116
Ilustración 32. Modalidades de la planeación	2-117
Ilustración 33. Representación gráfica del MIPYG	2-119
Ilustración 34. Políticas de Desarrollo Administrativo con sus respectivos componentes ...	2-120
Ilustración 35. Resultados diagnóstico sector Salud, inclusión y familia.	2-124
Ilustración 36. Resultados diagnóstico Hospital General de Medellín Luz Castro de Gutiérrez	2-125
Ilustración 37. Metodología. Paso a Paso.....	3-127
Ilustración 38. Metodología de planeación prospectiva	3-128
Ilustración 39. Balanced Scorecard	3-131
Ilustración 40. Consolidado Entrevistas a Profundidad Áreas Médicas.....	4-137
Ilustración 41. Consolidado Entrevistas a Profundidad Crecimiento.....	4-138
Ilustración 42. Consolidado Entrevistas a Profundidad Innovación.....	4-139
Ilustración 43. Consolidado Entrevistas a Profundidad Optimización.....	4-140
Ilustración 44. Consolidado Entrevistas a Profundidad Propuesta de Valor	4-141
Ilustración 45. Consolidado Entrevistas a Profundidad Otros temas comunes	4-142
Ilustración 46. Riesgos Modernos en Salud	4-146
Ilustración 47. Demanda de Servicios para el HGM	4-147
Ilustración 48. Egresos del Hospital bajo presión en dos escenarios	4-150
Ilustración 49. Egresos y pacientes pendientes de traslado a hospitalización	4-151
Ilustración 50. Proyección de Egresos con incremento de capacidad	4-152
Ilustración 51. Dimensiones para los escenarios futuros.....	4-157

Plan de Desarrollo 2016 – 2019
Hospital General de Medellín “Luz Castro de Gutiérrez”

Ilustración 52. Probabilidad de ocurrencia de cada escenario.....	4-158
Ilustración 53. Mapa estratégico.....	4-162

INTRODUCCIÓN

El presente documento contiene el Plan de Desarrollo 2016-2019 del Hospital General de Medellín Luz Castro de Gutiérrez, el cual incorpora el contexto interno y externo, el marco estratégico, los objetivos, programas y proyectos estratégicos formulados en el Plan Estratégico 2016 – 2027 aprobado por la Junta Directiva mediante acuerdo No 141 del 14 de abril de 2016, plan que muestra una clara alineación entre los requerimientos normativos y las necesidades y expectativas de los clientes internos y externos, quienes con su participación materializaron ese propósito que se hace visible en los diferentes elementos estratégicos como la misión, la visión, la propuesta de valor y la mega, en las cuales se establece que el Hospital General de Medellín, quiere ser reconocido como una institución pública integral de salud, centrada en el paciente y su familia, referente en calidad y seguridad del paciente, competitiva, líder en modelos de atención y gestora de conocimiento e innovación.

El Plan de Desarrollo 2016 - 2019 del Hospital General de Medellín, se articula con las políticas públicas y con los planes de desarrollo del orden Nacional, Departamental y con el Plan de Desarrollo Municipal “Medellín Cuenta con Vos”, el cual establece como premisa fundamental la garantía del goce efectivo del derecho a la salud, fortaleciendo el acceso a la prestación de los servicios socio-sanitarios de forma integral.

Los primeros dos capítulos se refieren a la información que servirá para precisar los contextos interno y externo del Hospital. Los capítulos 3 y 4 resumen el trabajo realizado durante el direccionamiento estratégico con la firma consultora Centro de Estudios de Economía Sistémica ECSIM, incluyendo la metodología, los resúmenes ejecutivos de talleres y los análisis desarrollados como base para los elementos que conforman la estrategia del Hospital proyectada al año 2027. Finalmente, los capítulos 5, 6 y 7 establecen el tiempo, el presupuesto de inversión para la ejecución de los proyectos estratégicos definidos en el plan de desarrollo 2016–2019 y la proyección del presupuesto de ingresos y gastos 2016 -2019.

CAPÍTULO. 1. ANTECEDENTES – CONTEXTO INTERNO

1.1 BREVE RESEÑA HISTÓRICA DEL HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN LUZ CASTRO DE GUTIÉRREZ (HGM)

El Hospital General de Medellín, Luz Castro de Gutiérrez es una Empresa Social del Estado, tiene una categoría especial de entidad pública descentralizada del orden municipal, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa.

Fue creado mediante el Acuerdo 18 del 1 de agosto de 1949 y modificado por el Decreto Municipal 1328 de 1994, como Empresa Social del Estado. Es una institución hospitalaria pública con una amplia área de influencia en la zona noroccidental del país; su objeto social consiste en prestar servicios de salud de alta complejidad.

La historia del Hospital General de Medellín se divide en cuatro fases que van desde una fase de subsistencia hasta una institución madura en términos estratégicos, de calidad en el servicio, mejoramiento continuo, solidez financiera y un alto posicionamiento nacional e internacional.

FASE UNO: DE 1949 A 1970. ETAPA MATERNO-INFANTIL PREDOMINANTE

La Clínica de Maternidad de Medellín fue creada con el fin de atender la población de madres y niños más pobres y vulnerables. Con su creación se dio una respuesta a una problemática social de la época, debido a la alta morbilidad de madres y niños.

FASE DOS: DE 1971 A 1993. CONVERSIÓN EN ENTIDAD PÚBLICA

Existía una oferta limitada y mucha demanda, sin metodologías de mejoramiento de procesos. Desde los inicios de la década de 1970 se convirtió en un ente descentralizado de la Alcaldía de Medellín. Se presentaron avances en infraestructura y una inversión restringida. El concejo de la ciudad le cambió el nombre por Hospital General de Medellín.

FASE TRES: 1993 A 2000. PLENO DESARROLLO

Etapas de implementación de la Ley 100. Se avanzó en el fortalecimiento del tercer nivel de atención. Se inicia un compromiso con la calidad mediante la transformación empresarial del Hospital, con un proceso sistemático y gradual de desarrollo, siendo muy relevante para la calidad, la cultura organizacional y el proyecto de construcción, remodelación y dotación; se crean nuevos servicios y se obtienen certificados, logros y reconocimientos.

FASE CUATRO: 2001 A 2015. DESARROLLO ESTRATÉGICO Y DE CALIDAD

En esta fase se presenta una madurez en el desarrollo estratégico como parte de un acelerado mejoramiento continuo y una transformación empresarial debido a la presentación en certificaciones y premios de calidad. En este período se realizaron inversiones en dotación, tecnología, infraestructura y nuevos servicios, fortaleciendo la calidad de la atención. De esta etapa son los logros y reconocimientos como:

- Año 2000: la Unicef y el Ministerio de Salud confieren el certificado: “Hospital Amigo de la Mujer y la Infancia”.
- Año 2002: se recibe la certificación NTC ISO 9001:2000 para los servicios de Banco de sangre, Central de mezclas parenterales, Imagenología, Laboratorio clínico y Unidad de cuidados intensivos de adultos. En el año 2004, el Icontec hizo entrega del Certificado del sistema de gestión de calidad, ampliando el alcance a todos los procesos del Hospital.
- Año 2004: la Dirección seccional de salud de Antioquia expide el Certificado de Habilitación a través del cual se corrobora que el HGM cumple los requisitos establecidos en el Decreto 2309 y las Resoluciones 1439, 486 y 1891 de 2002 del Ministerio de Salud, los cuales establecen las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera, y de capacidad técnico administrativa.
- Año 2004: la Presidencia de la República y el Departamento Administrativo de la Función Pública hacen merecedor al HGM a la inscripción en el Banco de Éxitos de la Administración Pública, en la convocatoria 2003–2004 con el caso exitoso: “Transformación Empresarial del Hospital General de Medellín”.
- Año 2005: el HGM recibe el certificado de Acreditación en salud y la Condecoración del Ministerio de la Protección Social, Cruz Cívica al Mérito Asistencial y Sanitario Jorge Bejarano en Categoría Plata.
- Año 2005: la Presidencia de la República y el Departamento Administrativo de la Función Pública hacen merecedor al HGM a la inscripción en el Banco de Éxitos de la Administración Pública, en la convocatoria 2005 con el caso exitoso: “Modelo de Gestión de Calidad del Hospital”.
- Año 2005: Codesarrollo hace un reconocimiento al Hospital por su Gestión Ambiental: “Que guiado por sus criterios de autoevaluación, autorregulación y autocontrol, contribuye al logro de un desarrollo armónico y sostenible”.
- Año 2006: la Asamblea Departamental de Antioquia entregó al HGM la condecoración Medalla Mariscal Jorge Robledo y una resolución que exalta la eficaz gestión en calidad, por ser uno de los mejores hospitales públicos del país.
- Año 2006: el Concejo de Administración de la Cooperativa de Hospitales de Antioquia (COHAN) en reconocimiento al HGM, confiere Mención de honor: “En virtud a la labor realizada, lo que lo llevó al otorgamiento del Certificado de Acreditación en Salud del Ministerio de la Protección Social y el Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación Icontec”.

Plan de Desarrollo 2016 – 2019
Hospital General de Medellín “Luz Castro de Gutiérrez”

- Año 2008: el Centro de Gestión Hospitalaria le otorgó al Hospital el premio Salud Colombia en la Categoría Bronce, creado para identificar, evaluar y difundir las mejores prácticas con el fin de promover la excelencia de las instituciones de salud.
- Año 2008: el Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación – Icontec, le otorga al hospital la certificación del Sistema de Gestión bajo los requisitos NTC ISO 14001 de Gestión Ambiental y NTC OHSAS 18001 de Salud y Seguridad Ocupacional.
- Año 2009: Acreditación en salud Nuevo Ciclo (2009-2013).
- Año 2009-2013: mejor hospital público de Latinoamérica, en el ranking de mejores hospitales y clínicas de Latinoamérica, estudio de la Revista América de Economía.
- Año 2011: certificación en Buenas Prácticas de Manufactura para la producción de Aire Medicinal - BPM por el Invima.
- Año 2011: segundo puesto en el Premio Excelencia ARP SURA en la categoría Mejor Gestión en Salud Ocupacional en la regional de Antioquia y Eje cafetero.
- Año 2011: certificación en Buenas Prácticas de Elaboración del Servicio Farmacéutico – BPE por el Invima.
- Año 2011: el Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación – Icontec, le otorga al Hospital la renovación del Sistema de Gestión bajo los requisitos NTC ISO 14001 de Gestión Ambiental y NTC OHSAS 18001 de Salud y Seguridad Ocupacional, 2011-2014.
- Año 2012: certificación en Buenas Prácticas Clínicas – BPC por el Invima.
- Año 2012: premio a la calidad “Medellín Ciudad Saludable” - Categoría Plata.
- Año 2013: Acreditación en salud Nuevo Ciclo (2013-2017).
- Año 2013: COHAN otorga la Medalla Honor al Mérito Luis Carlos Ochoa Ochoa por la calidad en la prestación de los servicios de salud, la seguridad de los pacientes y la sostenibilidad financiera, de sus instituciones asociadas.
- Año 2013: premio a la Gestión Transparente Antioquia Sana, Galardón de Oro en la categoría de Empresas Sociales del Estado (Gobernación de Antioquia).
- Año 2013: la organización canadiense "Critical Care Nutrition" reconoce al Hospital como el número uno del top de referentes internacionales para manejo nutricional de pacientes en unidades de cuidado crítico.
- Año 2014: recertificación en Buenas Prácticas de Manufactura – BPM para la producción de Aire Medicinal, por parte del Invima.
- Año 2014: el HGM ocupó el puesto 26 en el sexto ranking de clínicas y hospitales de la Revista América Economía. Primer hospital público de América Latina.
- Año 2014: galardón al Cuidado de la Salud Materno Infantil 2014, Categoría Plata.
- Año 2014: premio a la Gestión Transparente Antioquia Sana, Galardón de Plata en la categoría de Empresas Sociales del Estado (Gobernación de Antioquia).
- Año 2014: recertificación por parte del Icontec a los sistemas de gestión bajo las normas OHSAS 18001:2007 de seguridad y salud ocupacional y NTC ISO 14001:2004 de gestión ambiental.
- Año 2014: reconocimiento de la ACHC, premio Galardón Hospital Seguro por la mejora continua de la seguridad de pacientes, colaboradores y sociedad en general.
- Año 2015: puesto 22 en el ranking de clínicas y hospitales de la Revista América Economía 2015. Primer hospital público de América Latina.

- Año 2015: premio por la Nutrición Infantil Fundación Éxito 2015; en la Categoría atención de instituciones de salud en el área materno-infantil (Banco de leche humana).
- Año 2015: certificado en el compromiso con la responsabilidad social, Corporación Fenalco Solidario.
- Año 2015: puesto 16 en el ranking MERCO de IPS (Clínicas y hospitales con mejor reputación en el país – 2015- 2° Público).
- Año 2015: premio a la calidad Medellín Ciudad Saludable, año 2015 Categoría Oro.
- Año 2015: experiencia exitosa Banco de leche humana, galardón al Cuidado de la Salud Materno Infantil 2015, Categoría Bronce.
- Año 2016: Finalista Premio Latinoamericano en Excelencia en Higiene de Manos.
- Año 2016: Galardón Nacional Hospital Seguro - ACHC 2016.
- Año 2016: Reconocimiento como Hospital Universitario por parte de la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud, el Ministerio de Salud y la Protección Social y el Ministerio de Educación.

1.2 SERVICIOS QUE OFRECE EL HOSPITAL

La Tabla 1. Resume los servicios que ofrece el HGM, según la información suministrada en el informe de portafolio de servicios HGM.

Tabla 1. Portafolio de servicios

Servicio general	Servicio específico
Ayudas diagnósticas	<ul style="list-style-type: none"> • Ecocardiografía por estrés • Ecocardiografía transesofágica • Electrocardiografía • Electrofisiología, marcapasos y arritmias cardíacas • Hemodinamia • Monitoreo Holter • Prueba de esfuerzo
Electrodiagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> • Electromiografía y velocidad de conducción. • Polisomnografía en niños.
Laboratorio clínico	
Laboratorio de patología	

Plan de Desarrollo 2016 – 2019
Hospital General de Medellín “Luz Castro de Gutiérrez”

Servicio general	Servicio específico
Medicina materno fetal	<ul style="list-style-type: none"> • Amniocentesis diagnóstica y terapéutica • Eco doppler a color fetal • Eco doppler a color obstétrico • Ecografía obstétrica de III nivel • Ecografía obstétrica de 3 D • Monitoreo fetal • Perfil biofísico
Radiología e imágenes diagnósticas	<ul style="list-style-type: none"> • Arteriografía • Eco doppler a color de vascular periférico • Ecocardiografía adultos • Ecocardiografía pediátrica • Ecografía pediátrica y adultos • Fluoroscopia • Mamografía • Mamografía con biopsia estereotáxica • Rayos X contratado • Rayos X simple • Resonancia magnética • Tomografía axial computarizada • Ultrasonido
Servicio farmacéutico	<ul style="list-style-type: none"> • Central de mezclas parenterales – certificado en BPE
Video endoscopias	<ul style="list-style-type: none"> • Cistoscopia • Colangiografía endoscópica retrógrada • Colonoscopia • Colposcopia • Endoscopia digestiva diagnóstica y terapéutica • Neumología fibrobroncoscopia • Neumología laboratorio función pulmonar
Quimioterapia	<ul style="list-style-type: none"> • Ambulatoria • Hospitalaria
Cirugía	<ul style="list-style-type: none"> • Cirugía cardiovascular (adulto y pediátrica) • Cirugía de la mano • Cirugía de tórax • Cirugía endovascular neurológica • Cirugía general Videolaparoscopia quirúrgica <ul style="list-style-type: none"> • Cirugía ginecológica • Cirugía maxilofacial • Cirugía neurológica Neurocirugía de epilepsia y funcional <ul style="list-style-type: none"> • Cirugía oftalmológica

Plan de Desarrollo 2016 – 2019
Hospital General de Medellín “Luz Castro de Gutiérrez”

Servicio general	Servicio específico
	<ul style="list-style-type: none"> • Cirugía oncológica • Cirugía ortopédica • Cirugía otorrinolaringología • Cirugía pediátrica • Cirugía plástica reconstructiva • Cirugía vascular y angiológica • Cirugía urológica • Trasplante de tejido osteomuscular • Trasplante de piel y componentes de la piel • Trasplante de tejidos cardiovasculares
Consultas	<ul style="list-style-type: none"> • Anestesia • Cardiología • Cardiología pediátrica • Cirugía cardiovascular • Cirugía de tórax • Cirugía general • Cirugía neurológica • Cirugía pediátrica • Cirugía plástica reconstructiva • Cirugía vascular • Dermatología • Fisioterapia • Fonoaudiología y/o terapia del lenguaje (audiometría, logaudiometría e impedanciometría) • Ginecobstetricia • Ginecología oncológica • Hematología • Medicina física y rehabilitación • Medicina interna • Nefrología • Neumología (espirometría) • Neurología • Neuropediatría • Nutrición y dietética • Odontología general y especializada <ul style="list-style-type: none"> ○ Endodoncia ○ Odontopediatría ○ Ortodoncia ○ Periodoncia ○ Rehabilitación Oral ○ Toma e interpretación de radiografías odontológicas • Oftalmología

Plan de Desarrollo 2016 – 2019
Hospital General de Medellín “Luz Castro de Gutiérrez”

Servicio general	Servicio específico
	<ul style="list-style-type: none"> • Oncología y hematología pediátrica • Oncología clínica • Ortopedia y/o traumatología • Otorrinolaringología • Pediatría • Psicología • Reumatología • Urología
Cuidados críticos	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado intensivo adultos • Cuidado intensivo neonatal • Cuidado intensivo pediátrico • Cuidado intermedio adultos • Cuidado intermedio neonatal
Hospitalización	<ul style="list-style-type: none"> • General adultos • General pediátrica • Obstétrica • Cuidado básico neonatal • Unidad renal <ul style="list-style-type: none"> ○ Diálisis peritoneal ○ Hemodiálisis
Servicio de urgencias	<ul style="list-style-type: none"> • Urgencias adultos • Urgencias ginecobstétricas • Urgencias pediátricas
Protección específica y detección temprana	<ul style="list-style-type: none"> • Protección específica – atención del parto • Protección específica – atención al recién nacido • Protección específica - vacunación
Otros servicios	<ul style="list-style-type: none"> • Banco de sangre y medicina transfusional (transfusión sanguínea) • Central de esterilización • Central de mezclas enterales <ul style="list-style-type: none"> ○ Soporte Nutricional Especializado • Grupo de apoyo al paciente hemofílico - GAPHE • Grupo de apoyo al paciente hospitalizado - GAPH • Programa de atención a víctimas de violencia intrafamiliar • Programa de lactancia materna • Banco de leche humana • Lactario - alimentación • Programa de psicopedagogía para niños hospitalizados • Programa madre canguro

Servicio general	Servicio específico
Sede ambulatoria – Carrera 50 N° 36-53 (Atención integral de pacientes programas especiales)	<ul style="list-style-type: none">• Medicina general• Nefrología• Nutrición y dietética• Psicología

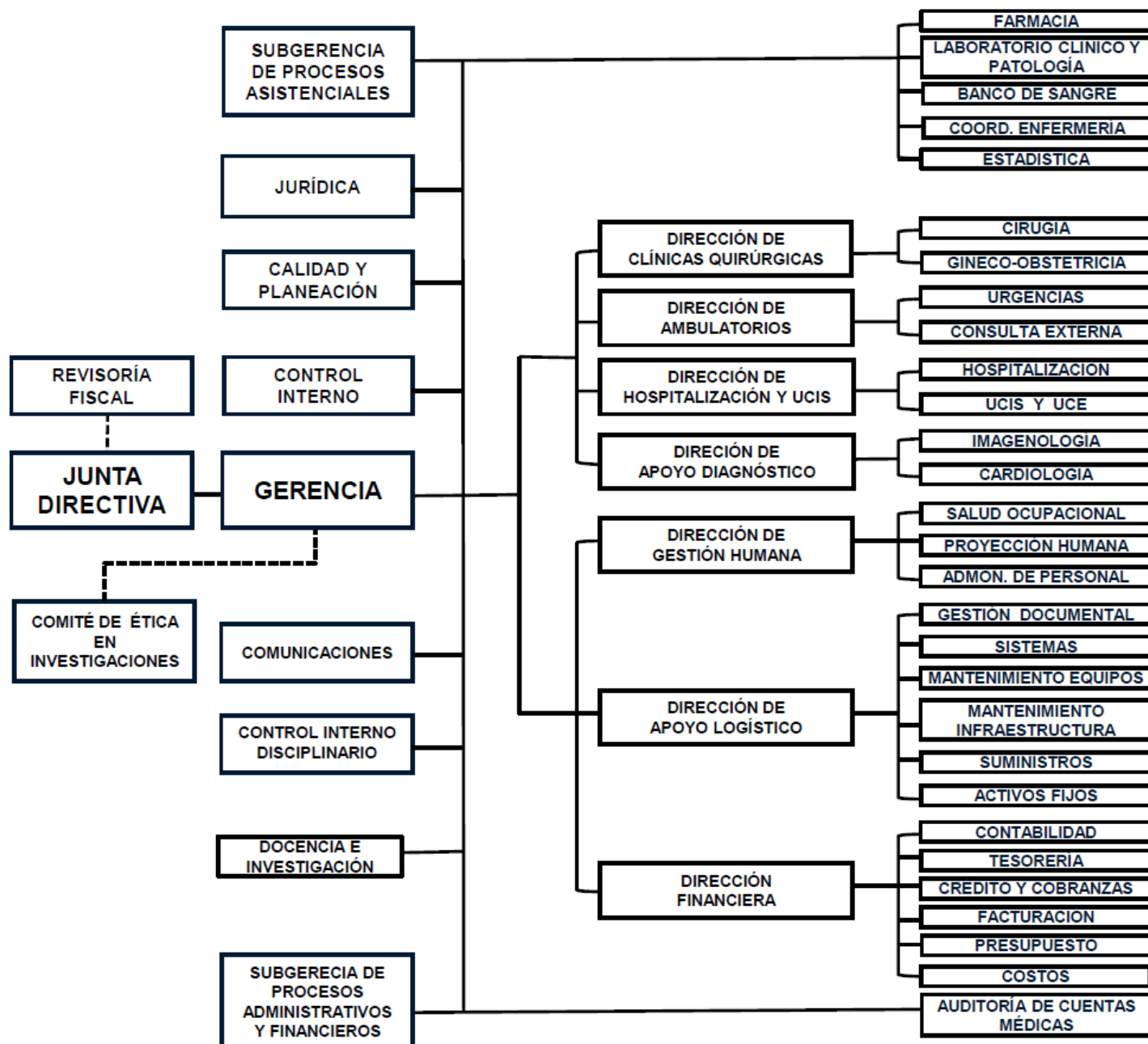
1.3 RECURSOS DEL HOSPITAL

- Personal: 1.875
- Camas: 442
- Consultorios: 24
- Quirófanos: 8
- Salas de parto: 3
- Banco de sangre
- Laboratorio clínico
- Imagenología
- Sede Ambulatoria programas especiales protección renal
- Área construida: 48.457 m²
- Lote adjunto: 2.006 m²
- Nuevo lote: 4.662 m²

1.4 ORGANIGRAMA

El organigrama define la estructura organizacional del Hospital, en la cual se pueden visualizar las diferentes dependencias y sus relaciones.

Ilustración 1. Organigrama funcional del Hospital

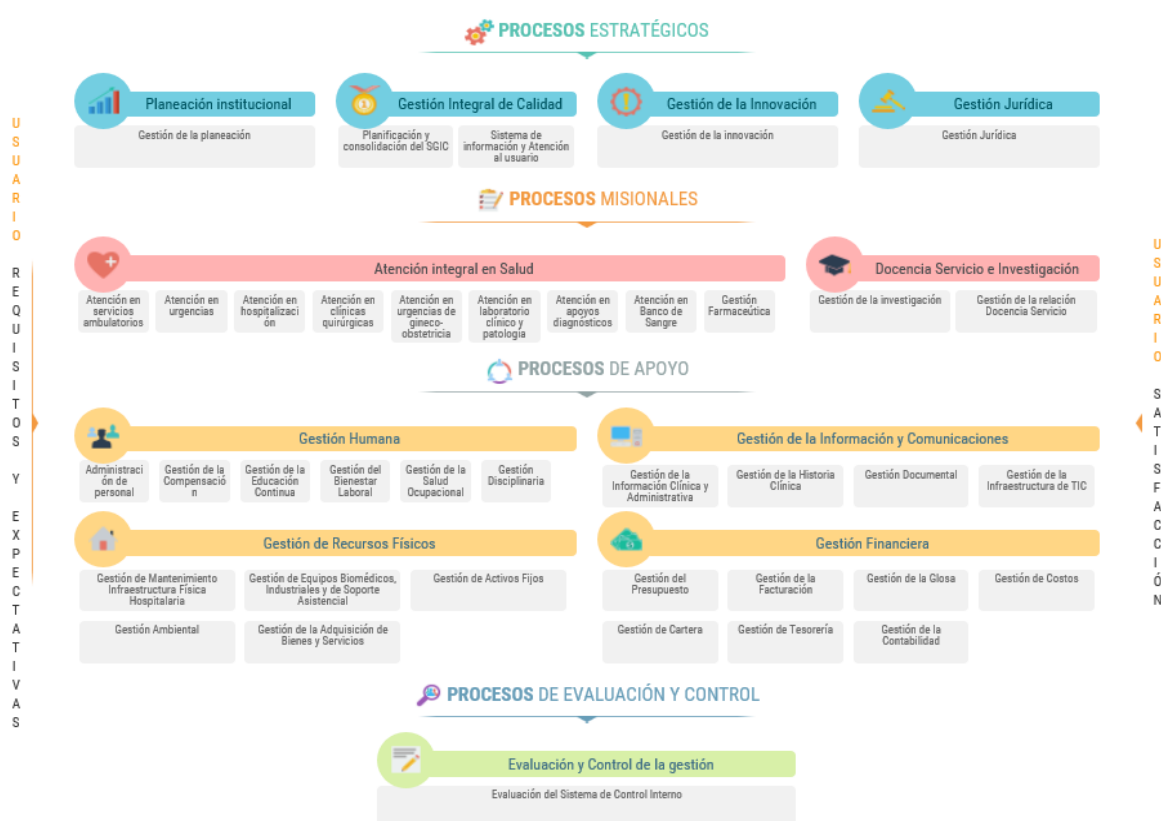


1.5 MAPA DE PROCESOS

El mapa de procesos describe y categoriza las actividades del Hospital para llegar a la satisfacción del usuario, partiendo de sus requisitos y expectativas.

Se muestran todos los procesos del Hospital, los cuales están categorizados en procesos estratégicos, misionales, de apoyo, y de evaluación y control; cada uno con sus diferentes niveles, establecidos en macroprocesos y procesos (estos últimos en azul claro).

Ilustración 2. Mapa de procesos



1.6 GESTIÓN DEL RIESGO

“La política de Gestión del Riesgo del Hospital General de Medellín tiene como propósito orientar las acciones necesarias que conduzcan a disminuir la vulnerabilidad frente a situaciones que puedan interferir en el cumplimiento de sus funciones y en el logro de sus objetivos institucionales”.¹

El Hospital, como prestador de servicios de salud de mediana y alta complejidad desde hace una década, incursionó en los sistemas de gestión de la calidad y búsqueda de estándares óptimos de calidad (acreditación) con énfasis en el tema de la seguridad del paciente, especialmente en la prevención de errores y de eventos adversos para lo cual cuenta con diversas metodologías, herramientas y recursos para la detección, evaluación y análisis de riesgos en las áreas misionales o asistenciales, con un buen nivel de desarrollo y trazabilidad de eventos adversos.

De acuerdo con el Informe de diagnóstico de auditoría interna y del sistema de control interno del HGM, el componente de administración de riesgo se encuentra en un nivel de madurez establecido (3 en una escala de 1 a 5)² y tuvo las siguientes observaciones:

- La política de riesgo del Hospital contempla los aspectos mínimos que menciona la ISO 31000, que fue aprobada mediante acto administrativo.
- El nivel directivo de la entidad ha recibido capacitación general sobre la metodología para administrar los riesgos.
- La entidad cuenta con matrices de riesgo por procesos.
- Control interno brinda consultoría y apoyo en el análisis y evaluación de los riesgos de la entidad.
- Evaluación del índice de madurez del riesgo realizada por AON (firma consultora).
- Se lleva a cabo análisis de los riesgos (riesgo inherente) y evaluación de controles (riesgo residual) por proceso.

Adicionalmente a los anteriores puntos se identificaron unas brechas:

- Participación de la junta directiva en la definición del apetito al riesgo de la entidad y supervisión a la gestión de los riesgos.
- Definir la estructura de la gestión del riesgo (empoderamiento a un área diferente a control interno).
- Estrategias de información, comunicación, divulgación y recordación de la importancia de la gestión de los riesgos en la entidad, aumentando la concientización de la gestión de riesgos a nivel directivo y ejecutivo (cultura del riesgo).
- Reporte de eventos de riesgos para uso de pronósticos y/o proyecciones técnicas.
- Cultura de seguimiento a los riesgos corporativos (gobierno).

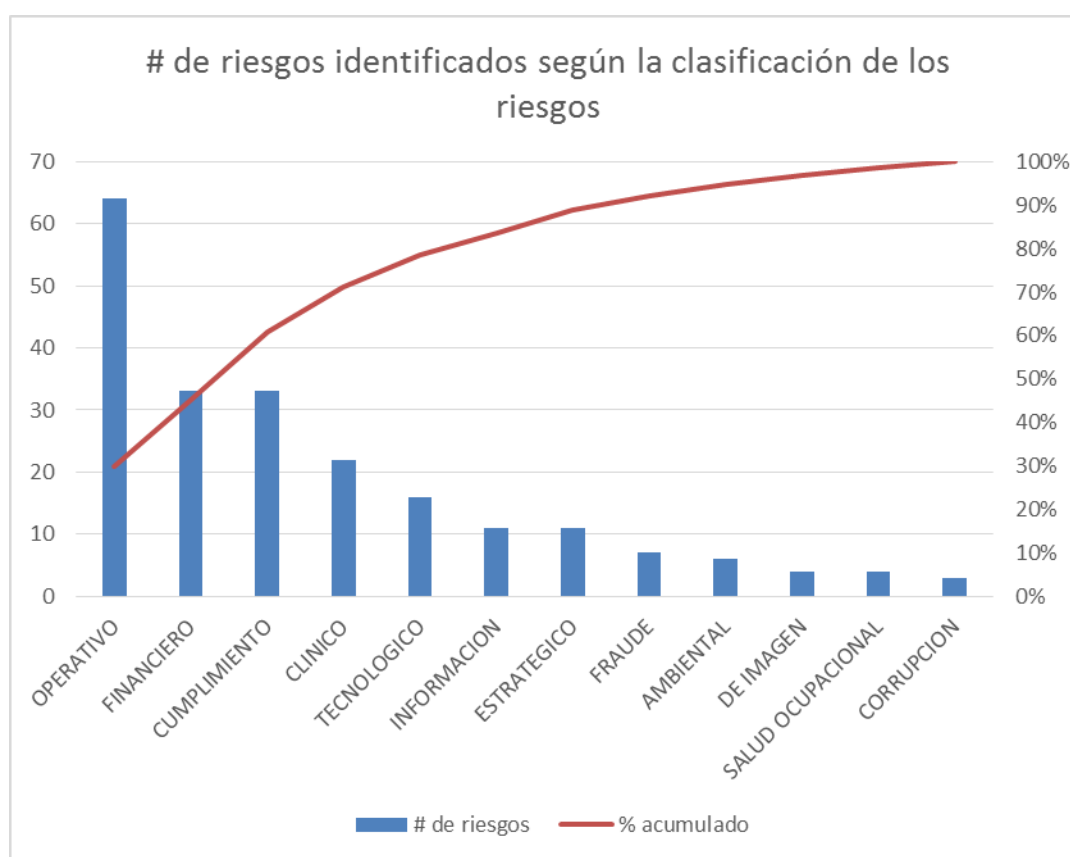
¹ Tomado de la política de gestión de riesgos del HGM.

² Escala con respecto a estándares definidos en MECI (Modelo estándar de control interno).

- Fortalecer el aprendizaje organizacional.
- Banco de conocimiento, en el cual se puedan consultar los aprendizajes con base en los eventos adversos (gestión del conocimiento).

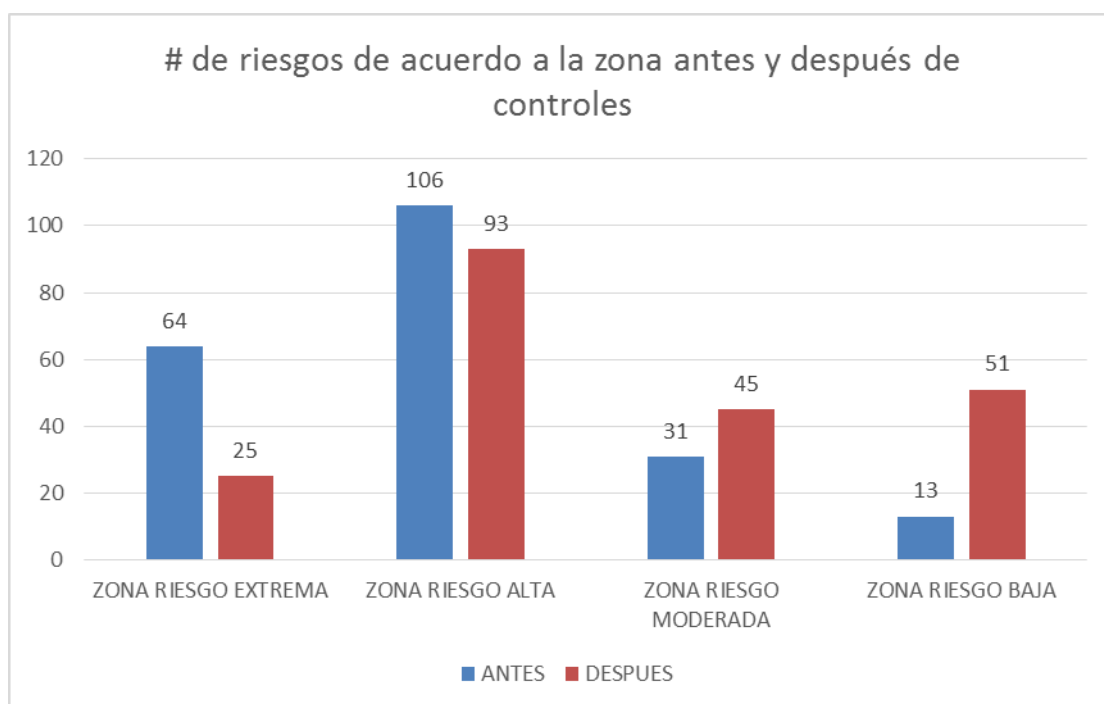
El Hospital cuenta con una política de gestión de riesgos, un instructivo y una matriz de riesgos de probabilidad e impacto con una escala de valoración para la administración de los mismos. A continuación se presentan algunos resultados de dichas herramientas.

Ilustración 3. Número de riesgos identificados según la clasificación de los riesgos



De la anterior Ilustración 3, se puede ver que aproximadamente el 80% de los riesgos están compuestos por los de tipo operativo, financiero, de cumplimiento, clínico y tecnológico. Es de anotar también que los riesgos operativos corresponden al 30% del total de riesgos identificados.

Ilustración 4. Número de riesgos de acuerdo a la zona antes y después de los controles



En la anterior Ilustración 4 se puede ver la efectividad de los controles realizados en los diferentes procesos, logrando desplazar los riesgos en las zonas extrema y alta hacia las zonas moderada y baja.

En la siguiente tabla se presentan los riesgos identificados por cada uno de los procesos de acuerdo a la zona a la que fueron asignados,

Tabla 2. Número de riesgos de acuerdo al proceso y zona de riesgo

Proceso	Zona riesgo extremo	Zona riesgo alto	Zona riesgo moderado	Zona riesgo bajo	Total
Atención En hospitalización		6	2		8
Evaluación del sistema de control interno	1	4	2	1	8
Gestión de equipos biomédicos, industriales y de soporte asistencial		5		3	8
Gestión de la facturación		2	2	4	8
Gestión de la infraestructura Tic		5	3		8
Gestión de la relación docencia-servicio	2	5	1		8
Gestión documental		5	3		8
Gestión farmacéutica	2	1	3	2	8
Atención en banco de sangre		4	2	1	7

Plan de Desarrollo 2016 – 2019
Hospital General de Medellín “Luz Castro de Gutiérrez”

Proceso	Zona riesgo extremo	Zona riesgo alto	Zona riesgo moderado	Zona riesgo bajo	Total
Atención en laboratorio clínico y patología	2	2	2	1	7
Gestión de mantenimiento de la infraestructura física hospitalaria			5	2	7
Gestión jurídica		4	2	1	7
Adquisición de bienes y servicios		3	1	2	6
Atención en clínicas quirúrgicas	3	2	1		6
Atención en servicios ambulatorios		3		3	6
Gestión de activos fijos	3	3			6
Gestión de cartera	1	2	1	2	6
Gestión de contabilidad		2	1	3	6
Gestión de presupuesto	1	2		3	6
Atención en apoyos diagnósticos		2	3		5
Atención en urgencias		4	1		5
Atención en urgencias gineco-obstétricas	4	1			5
Gestión ambiental	1	1		3	5
Gestión de investigación		4	1		5
Gestión de la compensación		4	1		5
Gestión de la glosa		1	1	3	5
Gestión de la historia clínica		1	3	1	5
Gestión de la innovación	1	3	1		5
Gestión de tesorería		1	1	3	5
Gestión disciplinaria		4		1	5
Administración de personal	1	1		2	4
Gestión de la información clínica y administrativa	1	2	1		4
Gestión de costos	1	1	1		3
Gestión de educación continua				3	3
Gestión de salud ocupacional		1		2	3
Gestión del bienestar laboral				3	3
Gestión de la planeación				2	2
Sistema de información y atención al usuario		2			2
Planificación y consolidación del sistema de gestión integral de calidad	1				1
Total	25	93	45	51	214

1.7 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

1.7.1 Causas de morbilidad por egreso hospitalario en el HGM 2014-2015.

De acuerdo con la información evidenciada en los Indicadores de Gestión de la Información, los principales casos de morbilidad para el año 2015 fueron: embarazo, parto y puerperio, alcanzando en ambos años una participación superior al 20%, seguido de Enfermedades del sistema genitourinario, que se encuentran en el segundo lugar y Enfermedades del sistema digestivo en el tercer lugar, tal y como se evidencia en la tabla a continuación.

Tabla 3. Causas de morbilidad en el HGM 2014-2015

CAPÍTULOS C.I.E.	Periodo			Periodo		
	Enero-noviembre 2014			Enero-noviembre 2015		
	No.	Casos	%	No.	Casos	%
XV. Embarazo, parto y puerperio	1	4.127	23,20%	1	4.692	21,25%
XIV. Enfermedades del sistema genitourinario	5	1.535	8,63%	2	2.405	10,89%
XI. Enfermedades del sistema digestivo	3	1.559	8,77%	3	1.830	8,29%
XIX. Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas	2	1.802	10,13%	4	1.714	7,76%
X. Enfermedades del sistema respiratorio	4	1.294	7,28%	5	1.703	7,71%
IX. Enfermedades del sistema circulatorio	6	1.204	6,77%	6	1.631	7,39%

Plan de Desarrollo 2016 – 2019
Hospital General de Medellín “Luz Castro de Gutiérrez”

CAPÍTULOS C.I.E.	Periodo			Periodo		
	Enero-noviembre 2014			Enero-noviembre 2015		
	No.	Casos	%	No.	Casos	%
II. Tumores [neoplasias]	7	1.052	5,92%	7	1.234	5,59%
I. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	9	748	4,21%	8	945	4,28%
V. Trastornos mentales y del comportamiento	16	312	1,75%	9	869	3,94%
XVIII. Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	10	678	3,81%	10	861	3,90%
XVI. Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	8	831	4,67%	11	834	3,78%
VI. Enfermedades del sistema nervioso	11	508	2,86%	12	647	2,93%
XIII. Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	12	421	2,37%	13	593	2,69%
XII. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	13	416	2,34%	14	563	2,55%
IV. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	14	399	2,24%	15	513	2,32%
XXI. Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud	15	339	1,91%	16	364	1,65%

Plan de Desarrollo 2016 – 2019
Hospital General de Medellín “Luz Castro de Gutiérrez”

CAPÍTULOS C.I.E.	Periodo			Periodo		
	Enero-noviembre 2014			Enero-noviembre 2015		
	No.	Casos	%	No.	Casos	%
III. Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad	17	232	1,30%	17	309	1,40%
XVII. Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	18	144	0,81%	18	123	0,56%
XX. Causas externas de morbilidad y de mortalidad	20	69	0,39%	19	88	0,40%
VIII. Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	19	73	0,41%	20	84	0,38%
VII. Enfermedades del ojo y sus anexos	21	42	0,24%	21	81	0,37%
TOTALES		17.785	100%		22.083	100%

Adicionalmente, la *Tabla 3* evidencia que las enfermedades del sistema genitourinario tuvieron una variación positiva del 8,6% al 10,8% y pasaron del quinto lugar al segundo entre 2014 y 2015. Con los traumatismos pasó lo contrario: pasaron del segundo al cuarto lugar, con una disminución del 10,1% al 7,7%.

1.7.2 Causas de mortalidad por egreso hospitalario en el HGM 2014-2015.

De forma análoga al punto anterior, la *Tabla 4* expone las principales causas de mortalidad por egreso registradas en el HGM durante los años 2014 y 2015, donde evidenciamos que las 4 principales causas en el 2015 siguen siendo las mismas que en el mismo periodo del año pasado, con porcentajes superiores al 10%: en primer lugar se encuentran las

enfermedades del sistema circulatorio, en segundo lugar los tumores, en tercer lugar están las enfermedades del sistema respiratorio, y por último ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias.

Tabla 4. Causas de mortalidad en el HGM 2014-2015

CAPÍTULOS C.I.E.	Periodo			Periodo		
	Enero-noviembre 2014			Enero-noviembre 2015		
	No.	Casos	%	No.	Casos	%
IX. Enfermedades del sistema circulatorio	1	159	18,93%	1	198	19,17%
II. Tumores [neoplasias]	2	154	18,33%	2	192	18,59%
X. Enfermedades del sistema respiratorio	3	119	14,17%	3	174	16,84%
I. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	4	96	11,43%	4	105	10,16%
XI. Enfermedades del sistema digestivo	6	54	6,43%	5	74	7,16%
XIX. Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas	5	64	7,62%	6	63	6,10%
XIV. Enfermedades del sistema genitourinario	8	40	4,76%	7	54	5,23%
XVIII. Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	7	46	5,48%	8	53	5,13%
XVI. Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	9	31	3,69%	9	31	3,00%

Plan de Desarrollo 2016 – 2019
Hospital General de Medellín “Luz Castro de Gutiérrez”

CAPÍTULOS C.I.E.	Periodo			Periodo		
	Enero-noviembre 2014			Enero-noviembre 2015		
	No.	Casos	%	No.	Casos	%
VI. Enfermedades del sistema nervioso	10	19	2,26%	10	29	2,81%
IV. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	11	17	2,02%	11	16	1,55%
XII. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	12	12	1,43%	12	16	1,55%
V. Trastornos mentales y del comportamiento	17	3	0,36%	13	8	0,77%
XVII. Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	16	4	0,48%	14	6	0,58%
III. Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad	14	6	0,71%	15	5	0,48%
XIII. Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	13	9	1,07%	16	4	0,39%
XX. Causas externas de morbilidad y de mortalidad	15	5	0,60%	17	4	0,39%
XXI. Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud	18	2	0,24%	18	1	0,10%
VII. Enfermedades del ojo y sus anexos			0,00%			0,00%
VIII. Enfermedades del oído y de la apófisis			0,00%			0,00%

CAPÍTULOS C.I.E.	Periodo			Periodo		
	Enero-noviembre 2014			Enero-noviembre 2015		
	No.	Casos	%	No.	Casos	%
mastoides						
TOTALES		840	100%		1.033	100%

1.8 SITUACIÓN FINANCIERA

El HGM ha mantenido una situación financiera saludable que ha merecido reconocimiento general en medio de una crisis generalizada y persistente dentro de las ESES³ del país. Aunque la situación sigue siendo buena, hay alertas serias que se deben tener en consideración:

- Cambio en la composición de los activos: el activo en las cuentas de activo corriente se ha expandido en 110.000 millones (ver Tabla 5, balance general), por cuenta de las deudas de difícil recaudo. Todo esto a expensas de la reducción de las deudas normales y de la cuenta de inversiones. Esta situación es delicada y de continuar en el mediano plazo desestabilizará la institución, pues se está generando un activo con su respectiva contracuenta de patrimonio; situación que generará, de no ser cobrables las cuentas, bienes espurios.

Tabla 5. Balance General HGM 2014 - 2015

CUENTA	2015	2014	Variación	%
ACTIVO CORRIENTE	264.123.632	305.012.262	-40.888.630	-13,40%
Efectivo	3.648.198	6.978.849	-3.330.651	

³ Empresas sociales del Estado.

Plan de Desarrollo 2016 – 2019
Hospital General de Medellín “Luz Castro de Gutiérrez”

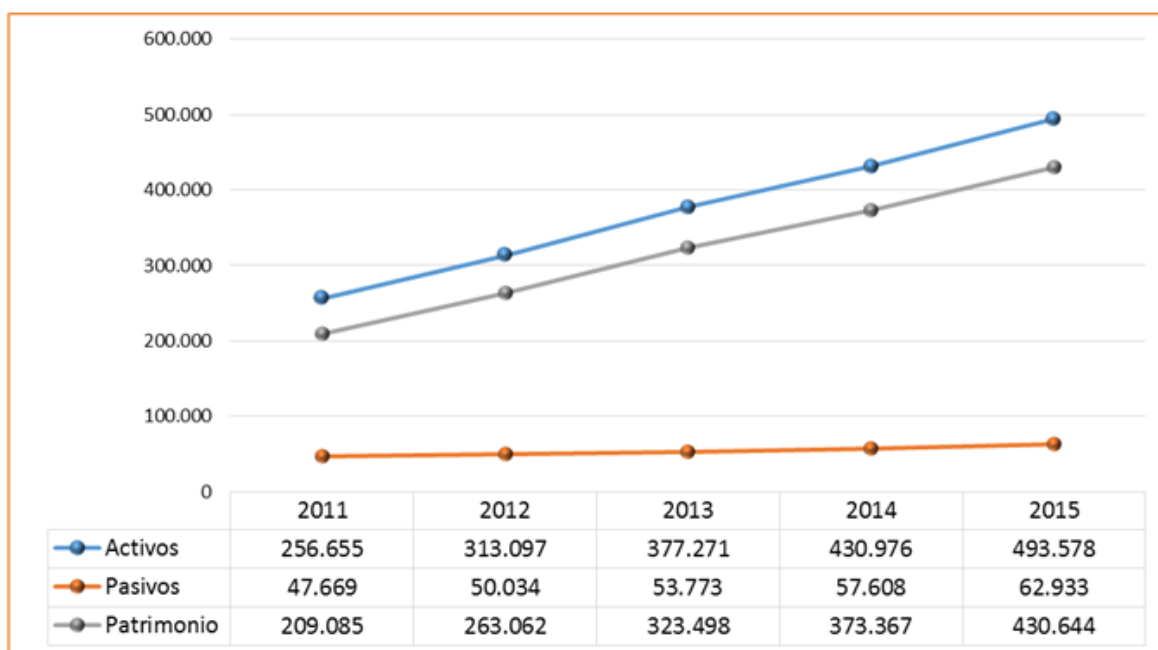
CUENTA	2015	2014	Variación	%
Inversiones	113.193.340	177.391.306	-64.197.966	
Deudores por servicios de salud	61.890.302	102.258.714	-40.368.412	
Deudas de difícil recaudo salud	114.476.462	3.427.365	111.049.097	
Otros deudores	4.071.333	7.018.088	-2.946.755	
Deudas de difícil recaudo de otros deudores	116.494	-	116.494	
Provisión para deudores	-41.061.364	-	-41.061.364	
Avances y anticipos entregados	1.251.472	965.733	285.739	
Inventarios	6.469.209	6.718.247	-249.038	
Seguros pagados por anticipado	68.186	253.960	-185.774	
ACTIVO NO CORRIENTE	229.454.765	125.963.726	103.491.039	82%
Propiedad, planta y equipo	81.043.578	61.389.129	19.654.449	
Inversiones	25.057.642	11.787	25.045.855	
Deudas de difícil recaudo salud	59.115.254	72.028.411	-12.913.157	
Otras deudas de difícil recaudo	645.070	617.771	27.299	
Provisión para deudores	-35.086.034	-76.073.547	40.987.513	
Reserva financiera actuarial	17.548.033	17.341.667	206.366	
Bienes de arte y cultura	32.024	32.024	-	
Valorizaciones	81.099.198	50.616.484	30.482.714	
TOTAL ACTIVOS	493.578.397	430.975.988	62.602.409	15%
PASIVO CORRIENTE	46.677.603	38.451.144	8.226.459	21%
Proveedores	13.193.204	9.079.689	4.113.515	
Acreedores	12.569.128	9.760.172	2.808.956	

Plan de Desarrollo 2016 – 2019
Hospital General de Medellín “Luz Castro de Gutiérrez”

CUENTA	2015	2014	Variación	%
Impuestos, contribuciones y tasas	2.021.520	640.466	1.381.054	
Avances y anticipos recibidos	1.819.569	1.354.026	465.543	
Obligaciones laborales	8.177.415	6.165.697	2.011.718	
Provisión para litigios	8.876.507	11.408.412	-2.531.905	
Otros pasivos	20.260	42.682	-22.422	
PASIVO NO CORRIENTE	16.255.811	19.157.246	-2.901.435	-15%
Cesantías de retroactividad	3.180.410	2.950.179	230.231	
Pasivo pensional	13.075.401	16.207.067	-3.131.666	
TOTAL PASIVOS	62.933.414	57.608.390	5.325.024	9%
PATRIMONIO	430.644.983	373.367.598	57.277.385	15%
Capital fiscal	298.472.239	249.584.802	48.887.437	
Excedentes del ejercicio	26.757.856	48.887.438	-22.129.582	
Superávit por donaciones	24.315.690	24.278.874	36.816	
Superávit por valorizaciones	81.099.198	50.616.484	30.482.714	
TOTAL PASIVO Y PATRIMONIO	493.578.397	430.975.988	62.602.409	15%
CUENTAS DE ORDEN DEUDORAS	41.498.272	36.659.828	4.838.444	13%
CUENTAS DE ORDEN ACREEDORAS	43.563.882	48.078.317	-4.514.435	-9%

* Cifras en millones de pesos colombianos

Ilustración 5. Balance General HGM Años 2011 – 2015



En la anterior Ilustración 5 se aprecia la forma en la que el activo del Hospital ha aumentado progresivamente. La razón fundamental que explica este proceso es el aumento de las cuentas por cobrar. Este fenómeno no es sano y está generando un proceso de capitalización espuria.

- Reducción del excedente del ejercicio: el excedente se redujo en un 45% del año 2014 al 2015. (Ver Tabla 6). Esta reducción la explican: el aumento de los costos operacionales asociado fundamentalmente a los ajustes laborales tanto en el costo de la operación como en el costo de la administración. Este renglón explica cerca de 11.000 millones, la mitad de la reducción del excedente. Otro rubro que tuvo un aumento importante fueron los gastos generales. Este requiere una revisión pormenorizada, pues tuvieron un aumento del 25%.

La ilustración que aparece a continuación muestra una pronunciada tendencia decreciente en los últimos 3 años para el excedente del ejercicio:

Ilustración 6. Excedentes del ejercicio HGM Años 2011 – 2015

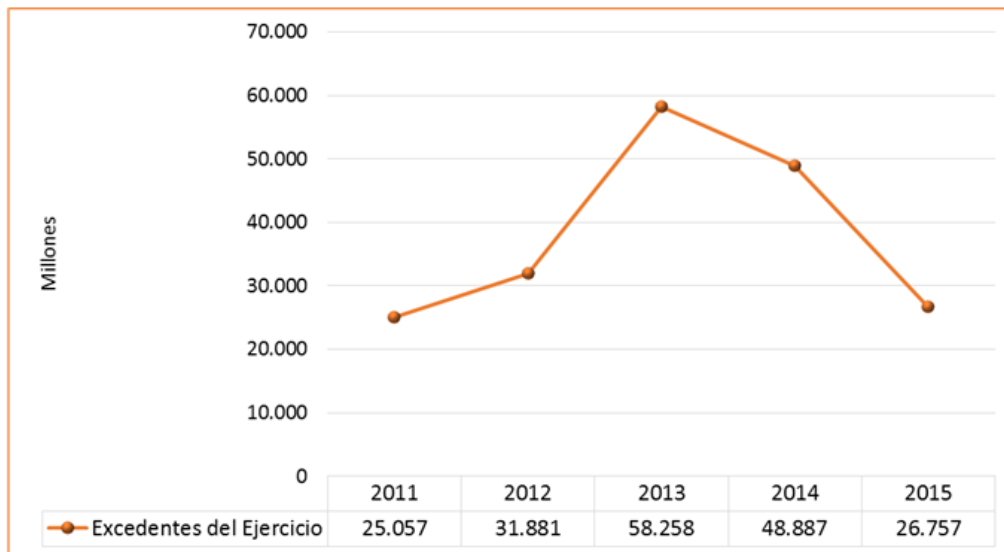


Tabla 6. Estado de resultados HGM 2014 - 2015

CUENTA	2014	2015	Variación	%
INGRESOS OPERACIONALES	205.604.468	206.384.158	779.690	0%
Por prestación de servicios de salud	205.604.468	206.384.158	779.690	
COSTO DE VENTAS Y OPERACIÓN	-148.534.562	-157.362.898	-8.828.336	6%
Costo de venta de bienes y servicios de salud	-148.534.562	-157.362.898	-8.828.336	
EXCEDENTE BRUTO	57.069.906	49.021.260	-8.048.646	-14%
GASTOS OPERACIONALES	-33.782.842	-36.272.206	-2.489.364	7%
DE ADMINISTRACIÓN	-23.005.929	-27.063.932	-4.058.003	18%
Sueldos y salarios	-5.641.568	-7.837.997	-2.196.429	
Contribuciones imputadas	-2.992.015	-236.628	2.755.387	

Plan de Desarrollo 2016 – 2019
Hospital General de Medellín “Luz Castro de Gutiérrez”

CUENTA	2014	2015	Variación	%
Contribuciones efectivas	-1.059.864	-1.362.732	-302.868	
Aportes sobre la nómina	-221.577	-298.211	-76.634	
Generales	-12.920.386	-16.193.370	-3.272.984	
Impuestos, contribuciones y tasas	-170.519	-1.134.994	-964.475	
PROVISIONES Y DEPRECIACIONES	-10.776.913	-9.208.274	1.568.639	-15%
Provisión de deudores	-9.478.525	-7.630.335	1.848.190	
Provisión de contingencias	-96.222	-192.346	-96.124	
Provisión de inventarios y propiedad, planta y equipo	-	-111.145	-111.145	
Depreciación de propiedad, planta y equipo	-1.202.166	-1.274.448	-72.282	
EXCEDENTE OPERACIONAL	23.287.064	12.749.054	-10.538.010	-45%
OTROS INGRESOS	26.681.737	18.653.124	-8.028.613	-30%
TRANSFERENCIAS	2.000.000	25.000	-1.975.000	
Transferencias nacionales	2.000.000	25.000	-1.975.000	
FINANCIEROS	15.033.332	11.862.539	-3.170.793	-21%
Intereses financieros	7.441.814	8.573.903	1.132.089	
Intereses de mora	2.935.252	181.158	-2.754.094	
Intereses por préstamos de vivienda	20.954	49.487	28.533	
Bonificaciones y descuentos financieros	4.635.312	3.057.991	-1.577.321	
INGRESOS ORDINARIOS	8.836.434	2.329.497	-6.506.937	-74%
Ley 1608 de 2013 - por subsidio a la oferta	6.665.477	-	-6.665.477	
Cuotas partes pensionales	129.498	125.118	-4.380	
Administración de convenios	89.785	269.564	179.779	

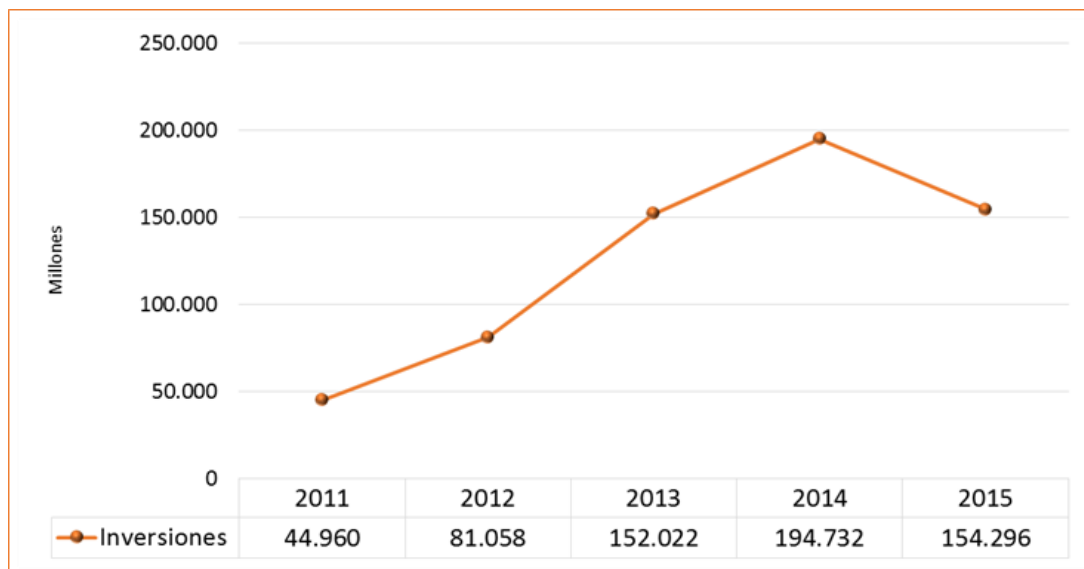
Plan de Desarrollo 2016 – 2019
Hospital General de Medellín “Luz Castro de Gutiérrez”

CUENTA	2014	2015	Variación	%
Arrendamientos	1.931.048	1.880.325	-50.723	
Otros ingresos ordinarios	20.626	54.490	33.864	
EXTRAORDINARIOS	769.494	2.659.071	1.889.577	246%
Recuperaciones	553.383	2.260.747	1.707.364	
Aprovechamientos	120.771	301.416	180.645	
Esterilización a terceros	8.049	-	-8.049	
Otros ingresos extraordinarios	87.291	96.908	9.617	
AJUSTE DE EJERCICIOS ANTERIORES	42.477	1.777.017	1.734.540	4083%
Corrección de provisiones y otros ingresos	42.477	1.777.017	1.734.540	
OTROS GASTOS	-1.081.363	-4.644.322	-3.562.959	329%
Transferencias	-820.000	-900.000	-80.000	
Gasto público social	-115.019	-2.911.908	-2.796.889	
Financieros	-10.630	-19.223	-8.593	
Otros gastos ordinarios	-97.318	-78.034	19.284	
Extraordinarios	-33.868	-134.469	-100.601	
Ajustes de ejercicios anteriores	-4.528	-600.688	-596.160	
EXCEDENTE DEL EJERCICIO	48.887.438	26.757.856	-22.129.582	-45%

* Cifras en millones de pesos colombianos

- Reducción de la liquidez de la entidad: en cuanto a la liquidez, el Hospital está viéndose afectado por un deterioro agudo de la cartera, teniendo que solventar el flujo de caja a expensas de la reducción de las reservas, tal y como se observa en la siguiente ilustración:

Ilustración 7. Portafolio de inversiones HGM Años 2011 – 2015



- En cuanto a los indicadores que se muestran en la Tabla 7, se evidencia un proceso progresivo de deterioro de la liquidez, el capital de trabajo requerido ha aumentado en 86.000 millones de pesos, 65% desde 2011; la rotación se ha reducido de 2 a 1,4 veces y los días de cuentas por cobrar pasaron de 181 a 261. Como consecuencia de la reducción de márgenes y el aumento del activo vía cuentas por cobrar, la rentabilidad del activo se redujo a menos de la mitad de la obtenida en 2014 y casi a la tercera parte de la obtenida en 2013.

Tabla 7. Indicadores HGM 2014 - 2015

INDICADOR	2015	2014	2013	2012	2011	UNIDAD
Razón corriente o prueba de solvencia	5,7	7,8	7,5	6,4	5,3	VECES
Capital de trabajo	217.446.029	263.133.752	228.885.277	169.141.981	131.899.275	MILES DE PESOS
Rotación de cuentas por cobrar	1,4	2	2,3	1,5	2	VECES

Plan de Desarrollo 2016 – 2019
Hospital General de Medellín “Luz Castro de Gutiérrez”

INDICADOR	2015	2014	2013	2012	2011	UNIDAD
Rotación en días de cuentas por cobrar	261	179	159	235	181	DÍAS
Rotación de cuentas por pagar	7,9	9,7	8,5	10	12,3	VECES
Rotación en días de cuentas por pagar	45	37	43	36	29	DÍAS
Rotación de inventarios	10	11,2	10,7	11,6	14,9	VECES
Rotación en días de inventarios	36	32	34	31	24	DÍAS
Endeudamiento	12,8	13,4	14,3	16	18,5	%
Apalancamiento	14,6	15,4	16,6	19	22,8	%
Rentabilidad del activo	5,4	11,4	15,4	10,2	9,8	%
Días de financiación vs. días de pago	252	174	150	230	176	DÍAS

- El problema de la cartera: no obstante los buenos resultados de facturación (Ver Tabla 8), el recaudo de la cartera tiene un comportamiento **altamente peligroso**. A pesar de que se cumplió la meta de facturación (109%), el delicado deterioro de la cartera se observa en las Ilustración 8 y 9.

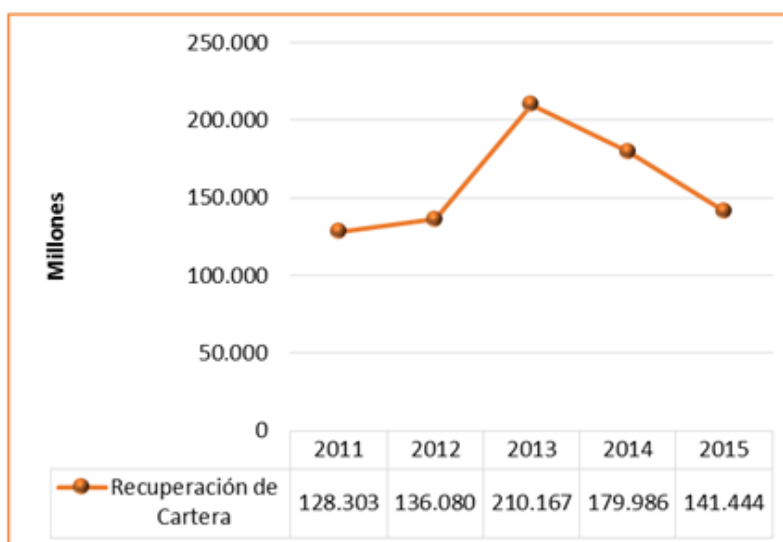
Plan de Desarrollo 2016 – 2019
Hospital General de Medellín “Luz Castro de Gutiérrez”

Tabla 8. Facturación Enero – Diciembre HGM 2015

Facturación			
	Programado	Ejecutado	% Ejecución
Enero	17.600	19.398	110%
Febrero	17.600	17.871	102%
Marzo	17.600	20.442	116%
Abril	17.600	19.645	112%
Mayo	17.600	19.474	111%
Junio	17.600	17.728	101%
Julio	17.600	20.139	114%
Agosto	17.600	18.526	105%
Septiembre	17.600	18.325	104%
Octubre	17.600	18.195	103%
Noviembre	17.600	19.011	108%
Diciembre	17.600	20.806	118%
Total	211.200	229.565	109%

*Cifras en millones de pesos colombianos

Ilustración 8. Valor recaudo cartera años 2011 – 2015



Plan de Desarrollo 2016 – 2019
Hospital General de Medellín “Luz Castro de Gutiérrez”

Ilustración 9. Valor cartera años 2011 – 2015

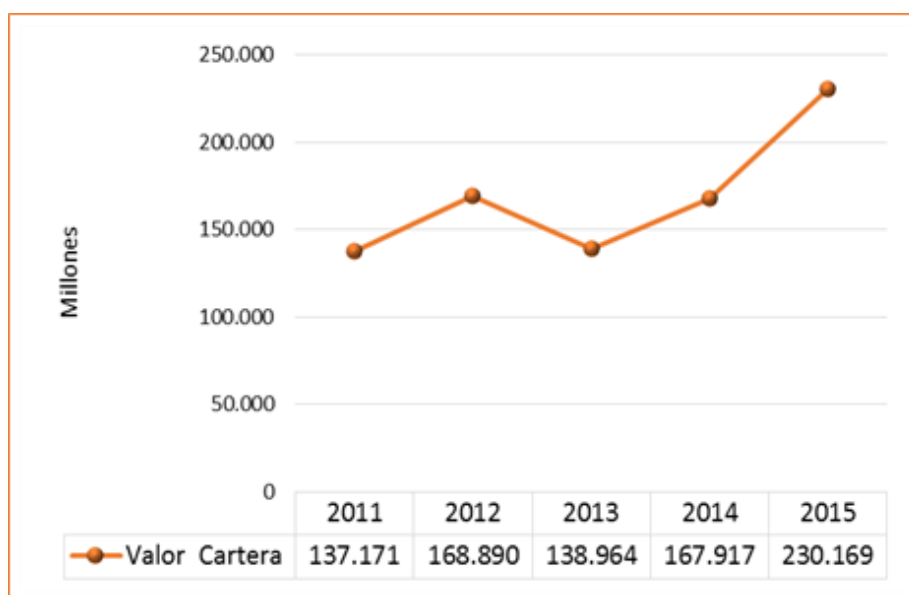


Tabla 9. Principales deudores a diciembre de 2015

RESPONSABLE	CARTERA DICIEMBRE 31-2015	% Particip.	PAGOS EN DICIEMBRE	Pagos Acum. Año 2015	Observacion
ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA	77.331.962.797	33,6	2.800.000.000,0	55.082.046.333	
E.P. S. COOMEVA S.A.	45.780.323.235	19,9	999.542.158,0	11.054.832.372	
EMDISALUD	14.242.078.853	6,2	-	8.995.229	Cobro Jurídico
DEPTO ANT. S.S.S.A.	13.997.507.891	6,1	774.015.264,0	10.526.434.237	
EPS-S CAPRECOM	12.165.221.820	5,3	833.085.745,0	13.351.216.643	Cobro Jurídico
E.S. S. ECOOPSOS	8.638.731.215	3,8	-	432.903.494	Cobro Jurídico
E.S. S. COOSALUD	6.384.637.469	2,8	228.051.634,0	7.943.469.573	
BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO	5.830.673.245	2,5	747.962.275,0	6.398.821.167	
CONSORCIO SAYP	3.552.585.002	1,5	48.321.547,0	1.352.063.075	
EPS - SALUD COOP	3.006.825.371	1,3	12.895.647,0	793.353.545	Cobro Jurídico
EPS-S.SALUD VIDA	2.769.251.420	1,2	-	121.000.000	Cobro Jurídico
CAFÉ SALUD	2.634.245.249	1,1	71.452.654,0	801.592.229	Cobro Jurídico
EPS-S COMFENALCO	2.401.433.689	1,0	288.052.314,0	562.332.793	Cobro Jurídico
QBE SEGUROS S.A.	2.255.018.916	1,0	77.216.983,0	1.429.948.440	Cobro Jurídico
EPS-S SALUD CONDOR S.A.	2.201.620.174	1,0	37.717.363,0	37.717.363	Cobro Jurídico
NUEVA EPS	1.695.343.435	0,7	830.066.990,0	1.126.317.326	Cobro Jurídico
EPS SURA	1.139.699.622	0,5	59.052.417,0	2.392.577.198	
TOTAL	206.027.159.403	89,51	7.807.432.991,00	113.415.621.017	

En la tabla 9 y tabla 10 se muestra el comportamiento de la cartera y de los recaudos comparados con la facturación:

Plan de Desarrollo 2016 – 2019
Hospital General de Medellín “Luz Castro de Gutiérrez”

Tabla 10. Vencimiento de cartera a diciembre de 2015

VENCIMIENTOS	DICIEMBRE 31- 2012	DICIEMBRE 31- 2013	DICIEMBRE 31- 2014	DICIEMBRE 31- 2015	CTE VS VENCIDA
SIN VENCER	21.288.493.739	31.390.098.365	28.746.116.376	23.427.451.681	10,2%
DE 0 A 30 DIAS	13.889.075.501	4.757.006.922	25.492.016.107	20.855.794.601	9,2%
DE 31 A 60 DIAS	12.561.425.022	8.317.589.797	11.523.266.584	12.101.615.475	5,2%
DE 61 A 90 DIAS	15.917.322.386	6.372.233.943	9.243.761.567	15.768.388.146	6,8%
DE 91 A 180 DIAS	25.190.084.225	17.261.779.383	9.715.986.539	50.449.576.499	22%
DE 181 A 360 DIAS	23.382.971.347	10.099.688.181	15.492.031.830	35.612.291.644	15,4%
MAYOR A 360 DIAS	56.660.412.327	60.765.908.936	67.704.475.955	71.954.221.326	31,2%
TOTAL	168.889.784.547	138.964.305.527	167.917.654.958	230.169.339.372	31 VS 69
VARIACIONES		-18%	21%	37,4%	

En la anterior Tabla 10 es importante notar el gran aumento en la cartera con vencimientos mayores a 91 días. Para el año 2015, la cartera de 91 a 180 días pasó a ser más de 5 veces el valor registrado en el 2014, y la cartera vencida de 181 a 360 días ha pasado a ser más del doble, pasando de 15,5 a 36,5 millardos. Adicionalmente, la cartera mayor a 365 días tiene un saldo de casi 80 millardos para el 2015, siendo el más alto dentro del total de la cartera.

Tabla 11. Facturación vs. recaudo en 2015 y vigencias anteriores

MES	FACTURADO MES	RECAUDOS 2015	VIGENCIA 2015	VIGENCIAS ANTERIORES
SGP		6,225	6,225	
ENERO	19,398	4,654	158	4,496
FEBRERO	17,871	9,483	323	9,160
MARZO	20,442	11,080	957	10,123
ABRIL	19,645	10,780	2,388	8,392
MAYO	19,474	9,295	5,123	4,172
JUNIO	17,728	15,363	7,802	7,560
JULIO	20,139	10,128	6,905	3,224
AGOSTO	18,526	7,996	5,152	2,843
SEPTIEMBRE	18,325	14,464	9,525	4,940
OCTUBRE	18,195	16,248	5,790	10,458
NOVIEMBRE	19,011	14,275	8,246	6,029
DICIEMBRE	20,806	11,452	8,903	2,549
TOTAL	229,565	141,445	67,498	73,947

Como diagnóstico más relevante y alerta temprana, consideramos que una institución cuyo recaudo anual (sin los recaudos de las vigencias anteriores) sea el 29,4% de lo facturado en el respectivo ejercicio, como se observa en la Tabla 11, y un 32,7% de los ingresos por prestación de servicios de salud (ver *Tabla 6*) tiene seriamente comprometido su futuro.

Plan de Desarrollo 2016 – 2019
Hospital General de Medellín “Luz Castro de Gutiérrez”

Consideramos que la institución debe presentar formalmente estos resultados a la Superintendencia de Salud y solicitar que se actúe preventivamente en el sistema.

CAPÍTULO. 2. ANTECEDENTES - CONTEXTO EXTERNO

Se identificaron los elementos más importantes del contexto externo que pueden impactar al Hospital con el fin de estudiar sus influencias en la suscripción como entidad pública.

Inicialmente se presentan análisis para un contexto macro de entidades internacionales, definiendo la matriz de riesgos globales en un horizonte de diez años, partiendo del 2016 (Foro Económico Mundial), y el objetivo mundial de desarrollo sostenible relacionado con la vida sana y el bienestar para todos (Organización de las Naciones Unidas).

Continuando con los demás elementos, se empiezan a referir planes de diferente orden territorial en Colombia, partiendo principalmente de los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social, además de otras leyes que impactan directamente al sector salud. En los numerales 2.3 al 2.10, se refieren los lineamientos más importantes de los siguientes planes/leyes: Plan Nacional de Desarrollo 2014 – 2018, Ley Estatutaria de Salud, Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021, Plan decenal para el control del cáncer, Plan estratégico sectorial 2014 – 2018 (para el sector administrativo de salud y protección social), Política Nacional de Prestación de Servicios, Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y la Política Farmacéutica Nacional. Adicionalmente, en otro numeral, se refieren los planes de desarrollo de Antioquia y Medellín para el periodo 2016 – 2019.

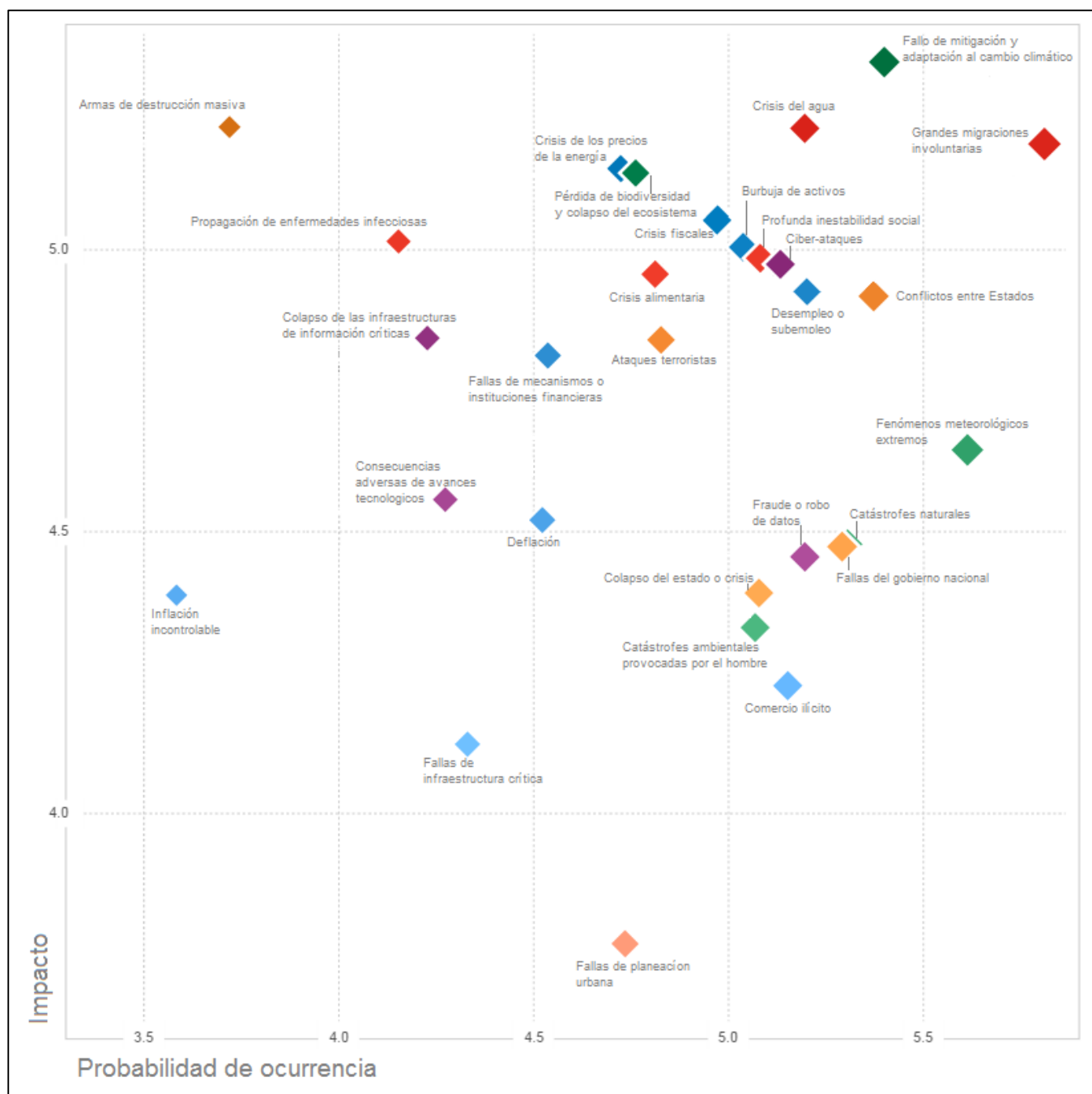
Se refiere también para el contexto Colombia un análisis de indicadores de la economía nacional y un análisis del gasto en salud, que muestra la delicada situación por la que ha estado atravesando el sector en los últimos años.

Finalmente, se refiere el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPYG) y los resultados de su diagnóstico hecho por la Alcaldía de Medellín en 2014.

2.1 MATRIZ DE RIESGOS GLOBALES

Según un estudio realizado por el Foro Económico Mundial (World Economic Forum, 2016), donde se consultó a casi 750 expertos sobre diferentes riesgos globales en un horizonte temporal de diez años, se encontró que los riesgos con la mayor probabilidad de ocurrencia y el mayor potencial de impacto son respectivamente las “Grandes migraciones involuntarias” y el “Fallo de mitigación y adaptación al cambio climático”.

Ilustración 10. Matriz de riesgos globales, Foro económico mundial



En la siguiente ilustración se muestra el top 10 por cada uno de los ejes de la matriz de riesgo global.

Ilustración 11. Top 10 de riesgos globales según probabilidad e impacto



Definición de riesgos más importantes (se toman sólo los del cuadrante con calificación mayor a 4.5 en ambas dimensiones o las de mayor calificación por categoría de la matriz de la Ilustración 10.).

Riesgos económicos	
Crisis en los precios de la energía	Los precios de la energía crecen o caen de forma significativa, lo cual pone mucha presión en industrias y consumidores altamente dependientes.
Crisis fiscales	Las cargas de deuda excesiva generan crisis de endeudamiento soberana y/o crisis de liquidez.
Burbuja de activos	Activos con precios demasiado altos de forma insostenible, como en las materias primas, la vivienda, las acciones, etc.
Fallas de mecanismos o instituciones financieras	Colapso de una institución financiera o mal funcionamiento de un sistema financiero que impacta la economía global.

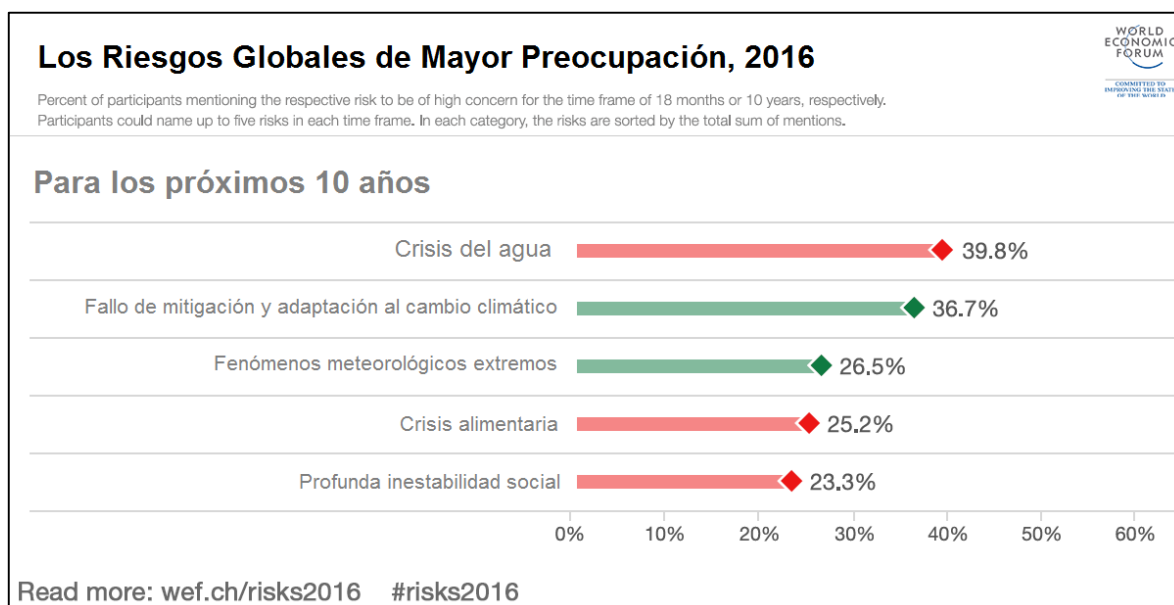
Plan de Desarrollo 2016 – 2019
Hospital General de Medellín “Luz Castro de Gutiérrez”

Alto desempleo o subempleo	Un alto nivel de desempleo o subempleo de las capacidades productivas de la población.
Deflación	Prolongada ultra-baja inflación o deflación en una economía o región.
Riesgos ambientales	
Pérdida de biodiversidad y colapso del ecosistema	Consecuencias irreversibles para el medio ambiente, resultando en un severo empobrecimiento de los recursos para la humanidad y las industrias.
Falla en la mitigación y adaptación al cambio climático	El gobierno y/o la industria fallan en promulgar medidas efectivas para mitigar el cambio climático.
Fenómenos meteorológicos extremos	Inundaciones, tormentas, etc.
Riesgos geopolíticos	
Conflicto entre Estados	Una disputa entre estados que escale a problemas económicos, de seguridad informática, entre otros.
Ataques terroristas	Individuos o grupos con metas políticas o religiosas que causan daños a las personas y los recursos.
Riesgos sociales	
Grandes migraciones involuntarias	Inducidas por conflictos, desastres, razones económicas, etc.
Crisis de agua	Disminución significativa de la cantidad y calidad de agua potable que resulte en efectos adversos para la salud en las personas y en la actividad económica de una región.
Profunda inestabilidad social	Grandes movilizaciones o protestas, inestabilidad política o social.

Crisis alimentarias	Falta de acceso a la apropiada cantidad y calidad de alimentos, porque son escasos o no son accesibles.
Propagación de enfermedades infecciosas	Bacterias, virus, parásitos, hongos, entre otros, que causan un esparcimiento incontrolado de enfermedades infecciosas.
Riesgos tecnológicos	
Ciberataques	Ciberataques a gran escala que causen daños a la economía, tensión geopolítica o desconfianza en la Internet.

En términos de los riesgos de mayor preocupación para los próximos diez años se encontró que los riesgos globales están encabezados por riesgos ambientales y sociales, que pueden desencadenar muchas otras problemáticas en diferentes ámbitos económicos, geopolíticos, etc.

Ilustración 12. Riesgos globales de mayor preocupación para los próximos diez años



2.2 OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE (ODS)

Según la Organización de las Naciones Unidas (2015), con los objetivos de desarrollo sostenible y sus metas se pretende formular acciones e iniciativas alrededor del mundo para integrar las tres dimensiones del desarrollo sostenible: económica, social y ambiental, y de esta manera trabajar a favor de las personas, el planeta y la prosperidad.

Para el 2030, se tiene planeado alcanzar o avanzar significativamente en los siguientes objetivos:

1. Erradicar la pobreza en todas sus formas en todo el mundo.
2. Poner fin al hambre, conseguir la seguridad alimentaria y una mejor 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 de calidad inclusiva y equitativa y promover las oportunidades de aprendizaje permanente para todos.
5. Alcanzar la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y niñas.
6. Garantizar la disponibilidad y la gestión sostenible del agua y el saneamiento para todos.
7. Asegurar el acceso a energías asequibles, fiables, sostenibles y modernas para todos.
8. Fomentar el crecimiento económico sostenido, inclusivo y sostenible, el empleo pleno y productivo y el trabajo decente para todos.
9. Desarrollar infraestructuras resilientes, promover la industrialización inclusiva y sostenible y fomentar la innovación.
10. Reducir las desigualdades entre países y dentro de ellos.
11. Conseguir que las ciudades y los asentamientos humanos sean inclusivos, seguros, resilientes y sostenibles.
12. Garantizar las pautas de consumo y de producción sostenibles.
13. Tomar medidas urgentes para combatir el cambio climático y sus efectos (tomando nota de los acuerdos adoptados en el foro de la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático).
14. Conservar y utilizar de forma sostenible los océanos, mares y recursos marinos para lograr el desarrollo sostenible.

15. Proteger, restaurar y promover la utilización sostenible de los ecosistemas terrestres, gestionar de manera sostenible los bosques, combatir la desertificación y detener y revertir la degradación de la tierra y frenar la pérdida de diversidad biológica.

16. Promover sociedades pacíficas e inclusivas para el desarrollo sostenible, facilitar acceso a la justicia para todos y crear instituciones eficaces, responsables e inclusivas a todos los niveles.

17. Fortalecer los medios de ejecución y reavivar la alianza mundial para el desarrollo sostenible.

A continuación se ahonda en el tercer objetivo de Salud y bienestar.

2.2.1 Objetivo 3: garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades

Para lograr el desarrollo sostenible es fundamental garantizar una vida saludable y promover el bienestar para todos a cualquier edad. Se han obtenido grandes progresos en relación con el aumento de la esperanza de vida y la reducción de algunas de las causas de muerte más comunes relacionadas con la mortalidad infantil y materna. Se han logrado grandes avances en cuanto al aumento del acceso al agua limpia y el saneamiento, la reducción de la malaria, la tuberculosis, la poliomielitis y la propagación del VIH/SIDA. Sin embargo, se necesitan muchas más iniciativas para erradicar por completo una amplia gama de enfermedades y hacer frente a numerosas y variadas cuestiones persistentes y emergentes relativas a la salud.

2.2.2 Metas

- Para 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos.
- Para 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos hasta 12 por cada 1.000 nacidos vivos, y la mortalidad de niños menores de 5 años al menos hasta 25 por cada 1.000 nacidos vivos.
- Para 2030, poner fin a las epidemias del sida, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles.
- Para 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar.
- Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol.
- Para 2020, reducir a la mitad el número de muertes y lesiones causadas por accidentes de tráfico en el mundo.
- Para 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación,

y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales.

- Lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esencial de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguras, eficaces, asequibles y de calidad para todos.
- Para 2030, reducir sustancialmente el número de muertes y enfermedades producidas por productos químicos peligrosos y la contaminación del aire, el agua y el suelo.
- Fortalecer la aplicación del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco en todos los países, según proceda.
- Apoyar las actividades de investigación y desarrollo de vacunas y medicamentos para las enfermedades transmisibles y no transmisibles que afectan primordialmente a los países en desarrollo y facilitar el acceso a medicamentos y vacunas esenciales asequibles de conformidad con la Declaración de Doha relativa al acuerdo sobre los ADPIC y la salud pública, en la que se afirma el derecho de los países en desarrollo a utilizar al máximo las disposiciones del Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio en lo relativo a la flexibilidad para proteger la salud pública y, en particular, proporcionar acceso a los medicamentos para todos.
- Aumentar sustancialmente la financiación de la salud y la contratación, el desarrollo, la capacitación y la retención del personal sanitario en los países en desarrollo, especialmente en los países menos adelantados y los pequeños Estados insulares en desarrollo.
- Reforzar la capacidad de todos los países, en particular los países en desarrollo, en materia de alerta temprana, reducción de riesgos y gestión de los riesgos para la salud nacional y mundial.

Colombia también se suma a los esfuerzos de estos objetivos (Departamento Nacional de Planeación (DNP)), por lo que ha definido una comisión responsable del alistamiento y la efectiva implementación de los ODS a través de políticas públicas, planes, acciones y programas, con planificación prospectiva, y el monitoreo, seguimiento y evaluación de estos objetivos con sus respectivas metas.

2.3 PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 2014-2018⁴.

El PND 2014-2018, *Todos por un nuevo país*, se basa en tres pilares: Paz, Equidad y Educación; los cuales a su vez se componen de seis estrategias transversales para el territorio nacional:

- Infraestructura y competitividad estratégicas.
- Movilidad social.
- Transformación del campo.
- Seguridad y justicia para construcción de paz.
- Crecimiento verde.
- Buen gobierno.

En materia específica de salud, la estrategia de *Movilidad social* plantea como reto el acceso a la salud, ya que aún persisten barreras, inequidades y brechas de acceso real y efectivo de los usuarios a los servicios de salud.

Nota de EL ESPECTADOR⁵ “Los objetivos en salud del Plan Nacional de Desarrollo 2014–2018”

El ministro de Salud dice que con este PND y la Ley Estatutaria debe haber un mejoramiento progresivo en la prestación de los servicios de salud.

La equidad, sostenibilidad y legitimidad son los objetivos generales en materia de salud que tiene el Plan Nacional de Desarrollo 2014–2018, afirmó el ministro de Salud, Alejandro Gaviria, quien aseguró que la prioridad es mejorar la prestación del servicio de salud.

"De **equidad**, en un sentido de que el sistema es equitativo, tal vez el más equitativo desde el punto de vista del financiamiento, pero apunta a reforzar el aseguramiento y la prestación de los servicios", indicó Gaviria.

La **sostenibilidad** es el segundo objetivo del PND que, según el ministro, no es otra cosa que coherencia. "Tener acuerdos sociales coherentes que garanticen cierta correspondencia entre los beneficios y los recursos".

Ante la subcomisión en la Comisión Tercera de la Cámara de Representantes, el jefe de la cartera de Salud afirmó que con este Plan Nacional de Desarrollo y la Ley Estatutaria de

⁴ La información suministrada se basa en la presentación realizada por Luis Fernando Mejía, subdirector general sectorial del Departamento Nacional de Planeación (DNP), sobre el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 *Todos por un nuevo país*. Esta información se ha extraído de <http://www.fedesarrollo.org.co/wp-content/uploads/Luis-Fernando-Mej%C3%ADa-DNP.pdf>

⁵ Columna de opinión del periódico en mención, publicada el 11 de marzo del 2015. Esta columna se puede ver en: <http://www.elspectador.com/noticias/salud/los-objetivos-salud-del-plan-nacional-de-desarrollo-201-articulo-548720>

Salud se debe ver un mejoramiento progresivo de los beneficios y la prestación, aunque también límites razonables “como los que tienen que tener todos los sistemas de salud”.

Finalmente, dijo que el gobierno busca recuperar la confianza pública y construir con los diferentes actores del sector y la comunidad acuerdos en salud.

2.3.1 Artículos Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 *todos por un nuevo país*⁶

Según el Departamento Nacional de Planeación, el Plan Nacional de Desarrollo (PND) es “el documento que sirve de base y provee los lineamientos estratégicos de las políticas públicas formuladas por el Presidente de la República a través de su equipo de Gobierno”. A continuación se listan los artículos relacionados al sector salud que deben impactar de forma directa al Hospital, y de allí la importancia de registrarlos en el presente documento.

Artículo 65. Política de atención integral en salud. El Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), dentro del marco de la Ley 1751 de 2015, Estatutaria en Salud, así como las demás leyes en salud, definirá la política en salud que recibirá la población residente en el territorio colombiano, la cual será de obligatorio cumplimiento para los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y de las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud, en el marco de sus competencias y funciones.

Para la definición de la política integral en salud se integrarán los siguientes enfoques: i) atención primaria en salud (APS); ii) salud familiar y comunitaria, iii) articulación de las actividades individuales y colectivas y iv) enfoque poblacional y diferencial. Dicha atención tendrá en cuenta los componentes relativos a las rutas de atención para la promoción y mantenimiento de la salud por curso de vida, las rutas de atención específicas por grupos de riesgos, el fortalecimiento del prestador primario, la operación en redes integrales de servicios, el desarrollo del talento humano en el marco de la Ley 1164 de 2007, articulación de las intervenciones individuales y colectivas, el desarrollo de incentivos en salud y la definición de requerimientos de información para su seguimiento y evaluación.

Parágrafo primero. El Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) realizará la adaptación de esta política en los ámbitos territoriales con población dispersa, rural y urbana, diferenciando a los municipios y distritos que tengan más de un millón de habitantes. Para zonas con población dispersa y rural, se podrá determinar la existencia de uno o varios aseguradores. Si se trata de un único asegurador, el MSPS establecerá las condiciones para su selección.

Parágrafo Segundo. Para la definición de la política de atención integral, el Ministerio de Salud y Protección Social garantizará una amplia participación de todos los grupos de

⁶ La información suministrada se ha extraído de la Ley No 1753 del 9 de junio de 2015, por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 *todos por un nuevo país*.

interés del sector salud: usuarios, prestadores, aseguradores, academia, asociaciones científicas, entes territoriales, entre otros.

Artículo 66°. Del manejo unificado de los recursos destinados a la financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Con el fin de garantizar el adecuado flujo y los respectivos controles de recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, créase una entidad de naturaleza especial del nivel descentralizado del orden nacional asimilada a una empresa industrial y comercial del Estado que se denominará Entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). La Entidad hará parte del SGSSS y estará adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social; la nomenclatura se regirá por el sistema especial que establezca el Gobierno Nacional. En materia de contratación se regirá por el régimen público.

La entidad tendrá como objeto administrar los recursos que hacen parte del Fondo de Solidaridad y Garantías (Fosyga), los del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud (FONSAET), los que financien el aseguramiento en salud, los copagos por concepto de prestaciones no incluidas en el plan de beneficios del régimen contributivo, los recursos que se recauden como consecuencia de las gestiones que realiza la Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social (UGPP); los cuales confluirán en la entidad. En ningún caso la entidad asumirá las funciones asignadas por las Entidades Promotoras de Salud.

Para desarrollar el objeto, la entidad tendrá las siguientes funciones:

- a) Administrar los recursos del sistema, de conformidad con lo previsto en el presente artículo.
- b) Administrar los recursos del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud (Fonsaet), creado por el artículo 50 de la Ley 1438 de 2011 y modificado por el artículo 7 de la Ley 1608 de 2013.
- c) Efectuar el reconocimiento y pago de las unidades de pago por capitación y demás recursos del aseguramiento obligatorio en salud.
- d) Realizar los pagos, efectuar giros directos a los prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud de acuerdo con lo autorizado por el beneficiario de los recursos y adelantar las transferencias que correspondan a los diferentes agentes del sistema, que en todo caso optimicen el flujo de recursos.
- e) Adelantar las verificaciones para el reconocimiento y pago por los distintos conceptos que promueva la eficiencia en la gestión de los recursos.
- f) Desarrollar los mecanismos establecidos en los artículos 41 del Decreto Ley 4107 de 2011 y 9 de la Ley 1608 de 2013.

- g) Administrar la información propia de sus operaciones.
- h) Las demás necesarias para el desarrollo de su objeto.

Artículo 67°. Recursos que administrará la entidad administradora de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud. La entidad administrará los siguientes recursos:

- a) Los recursos del Sistema General de Participaciones en Salud del componente de subsidios a la demanda, propiedad de las entidades territoriales, en los términos del artículo 44 de la Ley 1438 de 2011, los cuales se contabilizarán individualmente a nombre de las entidades territoriales.
- b) Los recursos del Sistema General de Participaciones que financian Fonsaet.
- c) Los recursos obtenidos como producto del monopolio de juegos de suerte y azar (novedosos y localizados), que explota, administra y recauda Coljuegos de propiedad de las entidades territoriales destinados a financiar el aseguramiento, los cuales se contabilizarán individualmente a nombre de las entidades territoriales.
- d) Las cotizaciones de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), incluidos los intereses, recaudados por las Entidades Promotoras de Salud. Las cotizaciones de los afiliados a los regímenes especiales y de excepción con vinculación laboral adicional respecto de la cual estén obligados a contribuir al SGSSS y el aporte solidario de los afiliados a los regímenes de excepción o regímenes especiales a que hacen referencia el artículo 279 de la Ley 100 de 1993 y el parágrafo del artículo 57 de la Ley 30 de 1992.
- e) Los recursos correspondientes al monto de las Cajas de Compensación Familiar de que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993.
- f) Los recursos del Impuesto sobre la Renta para la Equidad (CREE) destinados al SGSSS, en los términos previstos en la Ley 1607 de 2012, la Ley 1739 de 2014 y las normas que modifiquen, adicionen o sustituyan estas disposiciones, los cuales serán transferidos a la entidad, entendiéndose así ejecutados.
- g) Los recursos del Presupuesto General de la Nación asignados para garantizar la universalización de la cobertura y la unificación de los planes de beneficios, los cuales serán girados directamente a la entidad por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, entendiéndose así ejecutados.
- h) Los recursos por recaudo del IVA definidos en la Ley 1393 de 2010.
- i) Los recursos del Fonsat creado por el Decreto Ley 1032 de 1991.

- j) Los recursos correspondientes a la contribución equivalente al 50% del valor de la prima anual establecida para el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) que se cobra en adición a ella.
- k) Los recursos recaudados por Indumil correspondientes al impuesto social a las armas y de municiones y explosivos y los correspondientes a las multas en aplicación de la Ley 1335 de 2009.
- l) Los recursos del monopolio de juegos de suerte y azar, diferentes a los que hace referencia el literal c, rentas cedidas de salud y demás recursos generados a favor de las entidades territoriales destinadas a la financiación del Régimen Subsidiado, incluidos los impuestos al consumo que la ley destina a dicho régimen, serán girados directamente por los administradores y/o recaudadores a la entidad. La entidad territorial titular de los recursos gestionará y verificará que la transferencia se realice conforme a la ley. Este recurso se contabilizará en cuentas individuales a nombre de las entidades territoriales propietarias del recurso.
- m) Los copagos que por concepto de prestaciones no incluidas en el plan de beneficios del Régimen Contributivo paguen los destinatarios de tales servicios.
- n) Los rendimientos financieros generados por la administración de los recursos del sistema y sus excedentes.
- o) Los recursos que se recauden como consecuencia de las gestiones que realiza la Entidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social (UGPP), los cuales serán transferidos directamente a la unidad sin operación presupuestal.
- p) Los demás recursos que se destinen a la financiación del aseguramiento obligatorio en salud, de acuerdo con la ley o el reglamento.
- q) Los demás que en función a su naturaleza recaudaba el Fosyga.

Estos recursos se destinarán a:

- a) El reconocimiento y pago a las Entidades Promotoras de Salud por el aseguramiento y demás prestaciones que se reconocen a los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, incluido el pago de incapacidades por enfermedad de origen común que superen los quinientos cuarenta (540) días continuos. El Gobierno Nacional reglamentará, entre otras cosas, el procedimiento de revisión periódico de la incapacidad por parte de las EPS, el momento de calificación definitiva, y las situaciones de abuso del derecho que generen la suspensión del pago de esas incapacidades.
- b) El pago de las indemnizaciones por muerte o incapacidad permanente y auxilio funerario a víctimas de eventos terroristas o eventos catastróficos, así como los gastos derivados de la

atención psicosocial de las víctimas del conflicto en los términos que señala la Ley 1448 de 2011.

c) El pago de los gastos derivados de la atención en salud inicial a las víctimas de eventos terroristas y eventos catastróficos de acuerdo con el plan y modelo de ejecución que se defina.

d) El pago de los gastos financiados con recursos del impuesto social a las armas y de municiones y explosivos y los correspondientes a las multas en aplicación de la Ley 1335 de 2009 que financiarán exclusivamente los usos definidos en la normatividad vigente.

e) El fortalecimiento de la Red Nacional de Urgencias. Este gasto se hará siempre y cuando, en la respectiva vigencia, se encuentre garantizada la financiación del aseguramiento en salud.

f) A la financiación de los programas de promoción y prevención en el marco de los usos definidos en el artículo 222 de la Ley 100 de 1993.

g) A la inspección, vigilancia y control a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud, de conformidad con lo establecido en el artículo 119 de la Ley 1438 de 2011.

h) Al pago de prestaciones no incluidas en el plan de beneficios, que venían siendo financiados con recursos del Fosyga.

i) Las medidas de atención de la Ley 1257 de 2008, en los términos que defina el Ministerio de Salud y Protección Social, para la cual los recursos asignados para el efecto, serán transferidos a las entidades territoriales con el fin de que estas sean implementadas a su cargo.

j) A las finalidades señaladas en los artículos 41 del Decreto Ley 4107 de 2011 y 9 de la Ley 1608 de 2013. Este gasto se hará siempre y cuando, en la respectiva vigencia se encuentre garantizada la financiación del aseguramiento en salud.

k) A cubrir los gastos de administración, funcionamiento y operación de la entidad. Las demás destinaciones que haya definido la ley con cargo a los recursos del Fosyga y del Fonsaet. El pago de los gastos e inversiones requeridas que se deriven de la declaratoria de la emergencia sanitaria y/o eventos catastróficos en el país.

Los recursos a que hace referencia este artículo harán unidad de caja en el fondo, excepto los recursos propiedad de las entidades territoriales, los cuales conservarán su destinación específica y se manejarán en contabilidad separada dentro del fondo. En la estructuración del presupuesto de gastos se dará prioridad al componente de aseguramiento en salud de la población del país.

Artículo 68°. Medidas especiales. Sin perjuicio de lo previsto en las demás normas que regulen la toma de posesión y ante la ocurrencia de cualquiera de las causales previstas en el artículo 114⁰ del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, el Superintendente Nacional

de Salud podrá ordenar o autorizar a las entidades vigiladas, la adopción individual o conjunta de las medidas de que trata el artículo 113^o del mismo estatuto, con el fin de salvaguardar la prestación del servicio público de salud y la adecuada gestión financiera de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Las medidas especiales que se ordenen se registrarán por lo dispuesto en el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, incluido el artículo 291 y siguientes de ese estatuto, en lo que resulte pertinente a las medidas especiales; el Decreto 2555 de 2010; las disposiciones aplicables del sector salud y las normas que los sustituyan, modifiquen o complementen. El Gobierno Nacional reglamentará la forma de armonizar las medidas especiales o preventivas de la toma de posesión para su adecuada implementación en el sector salud.

Con cargo a los recursos del Fosyga -Subcuenta de Garantías para la Salud- el Gobierno Nacional podrá llevar a cabo cualquiera de las operaciones autorizadas en el artículo 320 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero.

Parágrafo. Para garantizar la continuidad de los servicios de salud de los afiliados de la Caja Nacional de Previsión Social de Comunicaciones condónese toda la obligación que esta entidad tenga con la Nación a la expedición de la presente ley.

El Gobierno Nacional reglamentará lo dispuesto en el presente artículo.

Artículo 69°. Declaración de emergencia sanitaria y/o eventos catastróficos. El Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) podrá declarar la emergencia sanitaria y/o eventos catastróficos, cuando se presenten situaciones por riesgo de epidemia, epidemia declarada, insuficiencia o desabastecimiento de bienes o servicios de salud o eventos catastróficos que afecten la salud colectiva u otros cuya magnitud supere la capacidad de adaptación de la comunidad en la que aquel se produce y que la afecten en forma masiva e indiscriminada generando la necesidad de ayuda externa.

En los casos mencionados, el MSPS determinará las acciones que se requieran para superar las circunstancias que generaron la emergencia sanitaria y/o eventos catastróficos con el fin de garantizar la existencia y disponibilidad de talento humano, bienes y servicios de salud, de conformidad con la reglamentación que para el efecto expida el Gobierno Nacional. Cuando las acciones requeridas para superar dichas circunstancias tengan que ver con bienes en salud, la regulación que se expida deberá fundamentarse en razones de urgencia extrema.

Lo dispuesto en este artículo podrá financiarse con los recursos que administra el Fosyga o la entidad que haga sus veces, o por los demás que se definan.

Artículo 70°. Patentes y Licencias Obligatorias. El Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) podrá presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio (SIC), dentro del plazo de sesenta (60) días siguientes a la fecha de la publicación de la solicitud de patente, consideraciones técnicas no vinculantes relativas a la patentabilidad de las solicitudes de patente que sean de su interés.

De acuerdo con lo establecido en la Decisión Andina 486 y la normatividad nacional vigente, el MSPS identificará y analizará los casos de tecnologías en salud patentadas susceptibles de obtener una licencia obligatoria. El MSPS podrá solicitar a la SIC la concesión de licencias obligatorias, y analizará y preparará la información requerida dentro del procedimiento de concesión de ese tipo de licencias.

Artículo 71°. Negociación centralizada de medicamentos, insumos y dispositivos. El artículo 88° de la Ley 1438 quedará así:

"Artículo 88°. Negociación centralizada de medicamentos, insumos y dispositivos. El Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) establecerá los mecanismos para adelantar negociaciones centralizadas de precios de medicamentos, insumos y dispositivos. Los precios resultantes de las negociaciones centralizadas serán obligatorios para los proveedores y compradores de medicamentos, insumos y dispositivos de servicios de salud y estos no podrán transarlos por encima de aquellos precios. El Gobierno Nacional podrá acudir subsidiariamente a la compra directa de medicamentos, insumos y dispositivos".

Artículo 72°. Registros sanitarios de medicamentos y dispositivos médicos. La evaluación que realice el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS) a los medicamentos y dispositivos médicos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) y el precio que este ministerio determine con base en esa evaluación, serán requisitos para la expedición del correspondiente registro sanitario y/o su renovación por parte del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima). El proceso de determinación del precio de que trata este artículo se hará en forma simultánea con el trámite de registro sanitario ante el Invima. Para tal efecto, el MSPS establecerá el procedimiento que incluya los criterios para determinar las tecnologías que estarán sujetas a este mecanismo y los términos para el mismo, las cuales no podrán superar los fijados en la normatividad vigente para la expedición del correspondiente registro sanitario.

Corresponderá a la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos o Dispositivos, cuando así lo delegue el Gobierno Nacional, la definición de la metodología y los mecanismos de regulación de precios de medicamentos, así como la regulación de los márgenes de distribución y comercialización de los mismos.

Para lo previsto en el inciso primero, créase una tasa administrada por el MSPS, a cargo de personas naturales y/o jurídicas que comercialicen en el país medicamentos y dispositivos médicos. De acuerdo con el inciso segundo del artículo 338⁰ de la Constitución Política, el MSPS fijará la tarifa de la tasa, la cual incluirá el valor por el servicio prestado. El sistema para definir la tarifa de esta tasa es un sistema de costos estandarizables, cuyas valoraciones y ponderaciones de los factores que intervienen en su definición se realizan por procedimientos técnicamente aceptados de costeo. El método seguirá las siguientes pautas técnicas:

a) Elaboración y normalización de flujogramas para los diferentes procesos con el propósito de determinar sus rutinas.

- b) Cuantificación de recurso humano utilizado anualmente en cada uno de los procesos y procedimientos definidos en el literal anterior.
- c) Cuantificación de los costos y programas de tecnificación y modernización de la operación de los servicios.
- d) Estimación de las frecuencias de utilización de los servicios generadores de la tasa.

El Invima podrá modificar, a solicitud del MSPS, las indicaciones, contraindicaciones e interacciones de un medicamento con base en la evidencia científica y por salud pública.

Parágrafo. En todo caso, la evaluación de que trata el presente artículo no será exigida cuando los medicamentos y dispositivos médicos sean producidos con fines de exportación exclusivamente.

Artículo 73°. Procesos de recobros, reclamaciones y reconocimiento y giro de recursos del aseguramiento en salud. Los procesos de recobros, reclamaciones y reconocimiento y giro de recursos del aseguramiento en Salud que se surten ante el Fosyga o la entidad que asuma sus funciones se regirán por las siguientes reglas:

Tratándose de recobros y reclamaciones:

- a) El término para efectuar reclamaciones o recobros que deban atenderse con cargo a los recursos de las diferentes subcuentas del Fosyga será de tres (3) años a partir de la fecha de la prestación del servicio, de la entrega de la tecnología en salud o del egreso del paciente. Finalizado dicho plazo, sin haberse presentado la reclamación o recobro, prescribirá el derecho a recibir el pago y se extingue la obligación para el Fosyga.
- b) El término para la caducidad de la acción legal que corresponda, se contará a partir de la fecha de la última comunicación de glosa impuesta en los procesos ordinarios de radicación, por parte del Ministerio de Salud y Protección Social. (MSPS) o quien éste designe.
- c) En el caso de los recobros y reclamaciones que hayan sido glosados por el Fosyga y sobre los cuales no haya operado el término de caducidad de la acción legal que corresponda, sólo se exigirá para su reconocimiento y pago los requisitos esenciales que demuestren la existencia de la respectiva obligación, los cuales serán determinados por el MSPS. Para tales efectos, las entidades recobrantes deberán autorizar el giro directo del valor total que se llegue a aprobar a favor de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) habilitadas. El pago de las solicitudes aprobadas estará sujeto a la disponibilidad presupuestal de recursos para cada vigencia, sin que haya lugar al reconocimiento de intereses moratorias por las solicitudes que se presenten bajo este mecanismo.

Los procesos de reconocimiento y giro de los recursos del aseguramiento de Seguridad Social en Salud quedarán en firme transcurridos dos (2) años después de su realización. Cumplido dicho plazo, no procederá reclamación alguna.

Artículo 84°. Estrategia para la prevención del embarazo en la adolescencia. El Gobierno Nacional, bajo la coordinación Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y del Ministerio de Salud y Protección Social, en el marco de la Comisión Nacional Intersectorial para la Promoción y Garantía de los Derechos Sexuales y Reproductivos, realizará asistencia técnica conjunta a los entes territoriales del país para que los alcaldes y gobernadores incluyan indicadores, políticas, programas y proyectos de derechos sexuales y reproductivos vinculados con la política de prevención del embarazo en la adolescencia en los respectivos planes de desarrollo.

Artículo 97. Saneamiento y cumplimiento de condiciones financieras de las Entidades Promotoras de Salud en que participen las cajas de compensación familiar. Con el propósito de garantizar el acceso y goce efectivo del derecho a la salud y cumplir las condiciones financieras para la operación y el saneamiento de las Entidades Promotoras de Salud en que participen las Cajas de Compensación Familiar o los programas de salud que administren o hayan operado en dichas entidades, se podrán destinar recursos propios de las Cajas de Compensación Familiar y los recursos a que hace referencia el artículo 46° de la Ley 1438 de 2011, recaudados en las vigencias 2012, 2013 y 2014 que no hayan sido utilizados en los propósitos definidos en la mencionada ley a la fecha de entrada en vigencia de la presente disposición, siempre que no correspondan con la financiación del régimen subsidiado de salud. Subsidiariamente, los recursos de la contribución parafiscal recaudados por las Cajas de Compensación Familiar no requeridos para financiar programas obligatorios podrán destinarse para estos propósitos.

Artículo 98°. Protección social para trabajadores independientes con ingresos inferiores al salario mínimo. El Gobierno Nacional diseñará un esquema financiero y operativo que posibilite la vinculación de trabajadores independientes con ingresos inferiores al salario mínimo mensual legal vigente al Sistema General de Seguridad Social Integral. En materia de salud, el trabajador podrá afiliarse o permanecer en el régimen subsidiado, siempre y cuando cumpla las condiciones para pertenecer a éste. Si desea acceder a prestaciones económicas del régimen contributivo, podrá cotizar de acuerdo con su capacidad de pago, caso en el cual se le reconocerán dichas prestaciones en proporción a su aporte. Para la protección a la vejez, accederá a los beneficios económicos periódicos y para riesgos de incapacidad y muerte a un esquema de microseguros, velando en todos los casos por el equilibrio financiero del sistema.

Artículo 147°, Financiación del pasivo pensional del sector salud con recursos del Fonpet y destinación de excedentes. Las entidades territoriales utilizarán los recursos acumulados en el Fondo de Pensiones Territoriales (Fonpet) abonados en el sector salud como fuente de financiación del pasivo pensional de dicho sector. En tal sentido, se podrán atender las obligaciones pensionales establecidas en los contratos de concurrencia y las no incorporadas en dichos contratos, siempre que su financiación se encuentre a cargo de la

respectiva entidad territorial, incluida la correspondiente al pago de mesadas pensionales, bonos pensionales, cuotas partes de bonos pensionales y cuotas partes pensionales.

Así mismo, la entidad territorial podrá utilizar los recursos acumulados en el Fonpet para el pago del pasivo pensional del sector salud de aquellas personas que no fueron certificadas como beneficiarias de los contratos de concurrencia, siempre y cuando decidan asumirlo como pasivo propio. Para el efecto, se registrarán en el Fonpet tanto las obligaciones de las entidades territoriales para financiar los contratos de concurrencia como aquellas correspondientes a otras obligaciones pensionales del sector salud, cuya financiación asuma la entidad territorial. El valor máximo que se podrá utilizar corresponderá al valor acumulado al 31 de diciembre de la vigencia inmediatamente anterior en el Fonpet por el sector salud.

Cuando la entidad territorial no presente obligaciones pensionales pendientes por concepto del pasivo pensional con el sector salud o cuando estén plenamente financiadas, los recursos acumulados en el Fonpet, abonados en dicho sector, diferentes a los de Loto en línea, se destinarán exclusivamente para el financiamiento del régimen subsidiado. El Ministerio de Hacienda y Crédito Público reglamentará el procedimiento para la transferencia de estos recursos al mecanismo único de recaudo y giro de que trata el artículo 31 ° de la Ley 1438 de 2011 o a quien haga sus veces.

A partir de la presente ley, el monto del impuesto de registro de que trata el artículo 25° de la Ley 1450 de 2011 será destinado por las entidades territoriales para el pago de cuotas partes pensionales y de mesadas pensionales. El valor que no se necesite para el pago de dichas obligaciones será de libre destinación.

Las entidades territoriales que alcancen el cubrimiento del pasivo pensional en los términos del marco jurídico vigente destinarán los recursos excedentes en el Fonpet para la financiación de proyectos de inversión y atenderá la destinación específica de la fuente de donde provengan estos recursos.

Parágrafo. Para los efectos del artículo 25° de la ley 1450 de 2011, se entiende por gastos administrativos los necesarios para la operación administrativa y financiera del fondo.

Artículo 215°. Estrategia para la reducción de la mortalidad materna. El Gobierno Nacional, bajo la coordinación del Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y la Comisión Nacional Intersectorial para la Promoción y Garantía de los Derechos Sexuales y Reproductivos, adelantará, en unión con los entes territoriales, acciones integrales y de control exhaustivo para la identificación temprana del embarazo y atención de las embarazadas con enfoque de derecho humano.

El Gobierno Nacional incentivará la creación e implementación de programas para la reducción de la mortalidad materna en las entidades territoriales.

Artículo 218. Composición del núcleo familiar para el acceso a la seguridad social. Modifíquese el artículo 163 de la Ley 100 de 1993, el cual quedará así:

“Artículo 163. Beneficiarios del régimen contributivo de salud. El núcleo familiar del afiliado cotizante, estará constituido por:

- a) El cónyuge.
- b) A falta de cónyuge, la compañera o compañero permanente.
- c) Los hijos que dependen económicamente del afiliado, hasta que cumplan los veinticinco (25) años de edad.
- d) Los hijos de cualquier edad si tienen incapacidad permanente y dependen económicamente del afiliado.
- e) Los hijos del cónyuge o compañero permanente del afiliado que se encuentren en las situaciones definidas en los numerales e) y d) del presente artículo.
- f) Los hijos de beneficiarios, hasta que dichos beneficiarios conserven su condición.
- g) Las personas identificadas en los literales e), d) y e) del presente artículo que están a cargo del afiliado familiar hasta el tercer grado de consanguinidad como consecuencia del fallecimiento o la ausencia de sus padres o la pérdida de la patria potestad por parte de los mismos.
- h) A falta de cónyuge o compañera o compañero permanente y de hijos, los padres del afiliado que no estén pensionados y dependan económicamente de éste.
- i) Los menores entregados en custodia legal por la autoridad competente.

Parágrafo 1°. Se entiende que existe dependencia económica cuando una persona recibe de otra los medios necesarios para su subsistencia. En el caso de los hijos entre los 18 y 25 años se presumirá su incapacidad económica sino se encuentran cotizando directamente como dependientes o independientes.

Parágrafo 2°. Con el fin de garantizar la debida identificación de los recién nacidos, la Superintendencia de Notariado y Registro y las notarías implementarán medidas que permitan la expedición del registro civil de nacimiento en la institución prestadora de servicios de salud, (IPS) que atienda el parto.

La Registraduría Nacional del Estado Civil, la Superintendencia de Notariado y Registro y las notarías suministrarán la información y las bases de datos que administren, con la oportunidad que las requiera el Ministerio de Salud y Protección Social para su procesamiento e integración con el Sistema de información del Sistema General de Seguridad Social en Salud”.

Artículo 219°, Saneamiento fiscal y financiero en salud. Las fundaciones de que trata el artículo 68° de la Ley 1438 de 2011 que hayan sido caracterizadas en riesgo fiscal y financiero medio o alto por el Ministerio de Salud y Protección Social podrán acceder a

recursos del programa de saneamiento fiscal y financiero de que trata la referida ley y demás disposiciones vigentes. Dichas instituciones podrán presentar a consideración del Ministerio de Hacienda y Crédito Público sus programas de saneamiento fiscal y financiero hasta el 31 de julio de 2015.

El Ministerio de Salud y de Protección Social -MSPS- evaluará el riesgo fiscal y financiero de las Empresas Sociales del Estado -ESE-, que fueron remitidas a la Superintendencia Nacional de Salud en la vigencia 2013 y 2014. Las ESE que el MSPS categorice en riesgo medio y alto y que no hayan remitido la información a tiempo, por causas no imputables a las ESE, podrán volver a presentar, por una única vez y durante los 60 días después de expedida la resolución del MSPS que las declare en riesgo, los programas de saneamiento fiscal y financiero ante el Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Lo anterior, según el artículo 8° de la Ley 1608 de 2013, y bajo las condiciones y términos que establezca el reglamento.

2.4 LEY ESTATUTARIA DE SALUD (LEY 1751 DE 2015)

Según el documento oficial (Ley 1751, 2015) tiene por objeto “garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección”.

2.4.1 Naturaleza y contenido del derecho fundamental a la salud

El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo.

Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado.

2.4.2 Obligaciones del Estado

El Estado es responsable de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud; para ello deberá:

- a) Abstenerse de afectar directa o indirectamente en el disfrute del derecho fundamental a la salud, de adoptar decisiones que lleven al deterioro de la salud de la población y de realizar cualquier acción u omisión que pueda resultar en un daño en la salud de las personas;
- b) Formular y adoptar políticas de salud dirigidas a garantizar el goce efectivo del derecho en igualdad de trato y oportunidades para toda la población, asegurando para ello la coordinación armónica de las acciones de todos los agentes del Sistema;

- c) Formular y adoptar políticas que propendan por la promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas, mediante acciones colectivas e individuales;
- d) Establecer mecanismos para evitar la violación del derecho fundamental a la salud y determinar su régimen sancionatorio;
- e) Ejercer una adecuada inspección, vigilancia y control mediante un órgano y/o las entidades especializadas que se determinen para el efecto;
- f) Velar por el cumplimiento de los principios del derecho fundamental a la salud en todo el territorio nacional, según las necesidades de salud de la población;
- g) Realizar el seguimiento continuo de la evolución de las condiciones de salud de la población a lo largo del ciclo de vida de las personas;
- h) Realizar evaluaciones sobre los resultados de goce efectivo del derecho fundamental a la salud, en función de sus principios y sobre la forma como el sistema avanza de manera razonable y progresiva en la garantía al derecho fundamental de salud;
- i) Adoptar la regulación y las políticas indispensables para financiar de manera sostenible los servicios de salud y garantizar el flujo de los recursos para atender de manera oportuna y suficiente las necesidades en salud de la población; y
- j) Intervenir el mercado de medicamentos, dispositivos médicos e insumos en salud, con el fin de optimizar su utilización, evitar las inequidades en el acceso, asegurar la calidad de los mismos o en general cuando pueda derivarse una grave afectación de la prestación del servicio.

2.4.3 Elementos del derecho fundamental a la salud

El derecho fundamental a la salud incluye los siguientes elementos esenciales e interrelacionados:

- a) **Disponibilidad.** El Estado deberá garantizar la existencia de servicios y tecnologías e instituciones de salud, así como de programas de salud y personal médico y profesional competente;
- b) **Aceptabilidad.** Los diferentes agentes del sistema deberán ser respetuosos de la ética médica, así como de las diversas culturas de las personas: minorías étnicas, pueblos y comunidades, respetando sus particularidades socioculturales y cosmovisión de la salud, permitiendo su participación en las decisiones del sistema de salud que les afecten, de conformidad con el artículo 12 de la presente ley y responder adecuadamente a las necesidades de salud relacionadas con el género y el ciclo de vida. Los establecimientos deberán prestar los servicios para mejorar el estado de salud de las personas dentro del respeto a la confidencialidad;

c) **Accesibilidad.** Los servicios y tecnologías de salud deben ser accesibles a todos, en condiciones de igualdad, dentro del respeto a las especificidades de los diversos grupos vulnerables y al pluralismo cultural. La accesibilidad comprende la no discriminación, la accesibilidad física, la asequibilidad económica y el acceso a la información;

d) **Calidad e idoneidad profesional.** Los establecimientos, servicios y tecnologías de salud deberán estar centrados en el usuario, ser apropiados desde el punto de vista médico y técnico y responder a estándares de calidad aceptados por las comunidades científicas. Ello requiere, entre otros, personal de la salud adecuadamente competente, enriquecida con educación continua e investigación científica y una evaluación oportuna de la calidad de los servicios y tecnologías ofrecidos.

2.4.4 Principios del derecho fundamental a la salud

- Universalidad
- Pro homine
- Equidad
- Continuidad
- Oportunidad
- Prevalencia de derechos
- Progresividad del derecho
- Libre elección
- Sostenibilidad
- Solidaridad
- Eficiencia
- Interculturalidad
- Protección a los pueblos indígenas
- Protección pueblos y comunidades indígenas, ROM y negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras

2.4.5 Evaluación anual de los indicadores del goce efectivo

El Ministerio de Salud y Protección Social divulgará evaluaciones anuales sobre los resultados de goce efectivo del derecho fundamental a la salud, en función de los elementos esenciales de accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad y calidad.

Con base en los resultados de dicha evaluación, se deberán diseñar e implementar políticas públicas tendientes a mejorar las condiciones de salud de la población.

El informe sobre la evolución de los indicadores de goce efectivo del derecho fundamental a la salud deberá ser presentado a todos los agentes del sistema.

2.4.6 Redes de servicios

El sistema de salud estará organizado en redes integrales de servicios de salud, las cuales podrán ser públicas, privadas o mixtas.

2.4.7 Prestaciones de salud

El sistema garantizará el derecho fundamental a la salud a través de la prestación de servicios y tecnologías, estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluya su promoción, la prevención, la paliación, la atención de la enfermedad y la rehabilitación de sus secuelas.

En todo caso, los recursos públicos asignados a la salud no podrán destinarse a financiar servicios y tecnologías en los que se advierta alguno de los siguientes criterios:

- a) Que tengan como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas;
- b) Que no exista evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica;
- c) Que no exista evidencia científica sobre su efectividad clínica;
- d) Que su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente;
- e) Que se encuentren en fase de experimentación; y
- f) Que tengan que ser prestados en el exterior.

2.4.8 Política para el manejo de la información en salud

Con el fin de alcanzar un manejo veraz, oportuno, pertinente y transparente de los diferentes tipos de datos generados por todos los actores en sus diferentes niveles y su transformación en información para la toma de decisiones, se implementará una política que incluya un sistema único de información en salud, que integre los componentes demográficos, socioeconómicos, epidemiológicos, clínicos, administrativos y financieros.

Los agentes del sistema deben suministrar la información que requiera el Ministerio de Salud y Protección Social en los términos y condiciones que se determine.

2.4.9 Política farmacéutica nacional

El Gobierno Nacional establecerá una Política farmacéutica nacional, programática e integral en la que se identifiquen las estrategias, prioridades, mecanismos de financiación, adquisición, almacenamiento, producción, compra y distribución de los insumos, tecnologías y medicamentos, así como los mecanismos de regulación de precios de medicamentos. Esta política estará basada en criterios de necesidad, calidad, costo efectividad, suficiencia y oportunidad.

Con el objetivo de mantener la transparencia en la oferta de medicamentos necesarios para proteger el derecho fundamental a la salud, una vez por semestre la entidad responsable de la expedición del registro sanitario emitirá un informe de carácter público sobre los registros otorgados a nuevos medicamentos, incluyendo la respectiva información terapéutica. Así mismo, remitirá un listado de los registros negados y un breve resumen de las razones que justificaron dicha determinación.

2.5 PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA, PDSP, 2012–2021⁷

Según el Ministerio de Salud y Protección Social, el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 (PDSP) busca "lograr la equidad en salud y el desarrollo humano" de todos los colombianos y colombianas mediante ocho dimensiones prioritarias y dos transversales, que representan aquellos aspectos fundamentales que por su magnitud o importancia se deben intervenir, preservar o mejorar, para garantizar la salud y el bienestar de todos los colombianos, sin distinción de género, etnia, ciclo de vida, nivel socioeconómico o cualquier otra situación diferencial.

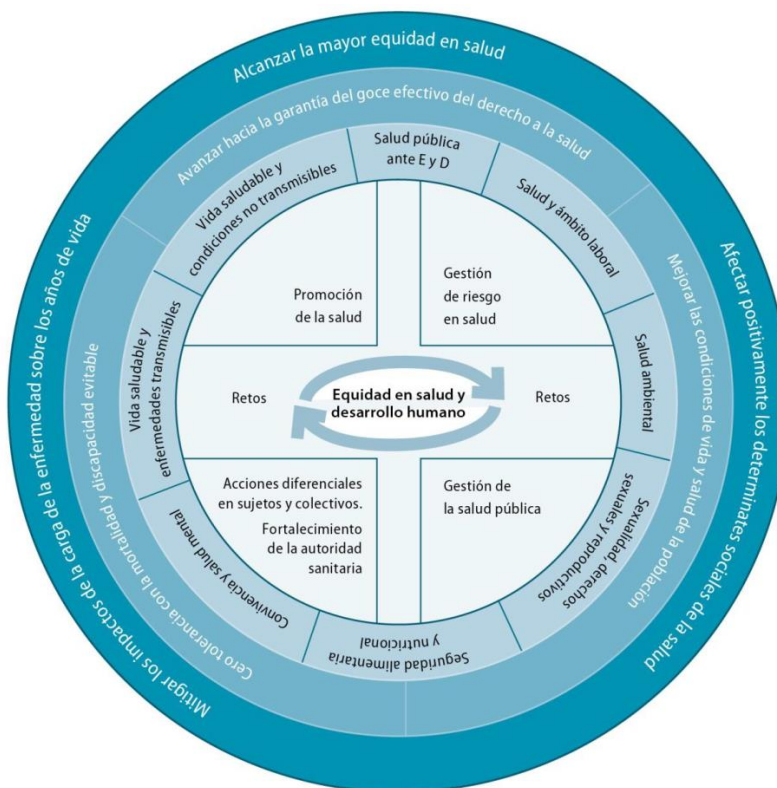
Objetivos estratégicos del PDSP

- Avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud.
- Mejorar las condiciones de vida y salud de la población.
- Cero tolerancia con la morbilidad, la mortalidad y la discapacidad evitables.

En la Ilustración 13 se muestran los componentes más importantes del plan y la forma en que se integran.

⁷ Tomado de la página oficial del Ministerio de Salud y Protección Social <https://www.minsalud.gov.co/>

Ilustración 13. Marco estratégico PDSP



De acuerdo con la naturaleza de las estrategias, las acciones que las conforman se ordenan para su ejecución en tres líneas operativas:

1) promoción de la salud

Conjunto de acciones que debe liderar el territorio convocando los diferentes sectores, las instituciones y la comunidad, para desarrollarlas por medio de proyectos dirigidos a la construcción o generación de condiciones, capacidades y medios necesarios para que los individuos, las familias y la sociedad logren intervenir y modificar los determinantes sociales de la salud en cada territorio, y así las condiciones de calidad de vida, consolidando una cultura saludable basada en valores, creencias, actitudes y relaciones, que permita lograr autonomía individual y colectiva que empodere para identificar y realizar elecciones positivas en salud en todos los aspectos de la vida, con respeto por las diferencias culturales de nuestros pueblos. Esta línea incluye acciones de:

- Formulación de políticas públicas
- Movilización social
- Generación de entornos saludables
- Generación de capacidades sociales e individuales
- Participación ciudadana

- Educación en salud

2) gestión del riesgo en salud

Conjunto de acciones que deben realizar las entidades públicas o privadas que en el sector salud o fuera de él tienen a cargo poblaciones con individuos identificables y caracterizables, para disminuir la probabilidad de ocurrencia de un evento no deseado, evitable y negativo para la salud del individuo, que puede ser también el empeoramiento de una condición previa o la necesidad de requerir más consumo de bienes y servicios que hubiera podido evitarse.

Estas acciones hacen parte de un enfoque estructurado para manejar la incertidumbre relativa a una amenaza (como la frecuencia y la severidad) de un evento o de los eventos, a través de una secuencia de actividades que incluye la evaluación del riesgo y el desarrollo de estrategias para identificarlo, manejarlo y mitigarlo. Las amenazas pueden estar causadas por el medio ambiente, la actividad laboral, la tecnología, los comportamientos humanos, la epidemiología poblacional y los factores biológicos de las personas, entre otros. En el riesgo en salud, el evento es la ocurrencia de la enfermedad o su evolución negativa o complicaciones y las causas son los diferentes factores que se asocian con la ocurrencia de una enfermedad, su evolución negativa o su complicación. Esta línea incluye acciones de:

- Análisis de riesgo de la población con enfoque diferencial
- Planeación de la atención según riesgos con enfoque diferencial
- Modificación del riesgo
- Vigilancia de la gestión del riesgo
- Gestión de la calidad de la atención
- Coordinación administrativa y técnica de los servicios y planes

3) gestión de la salud pública.

Conjunto de acciones que la autoridad sanitaria, nacional o local, debe ejecutar sobre colectivos poblacionales indivisibles, encaminadas a modificar el riesgo primario o la probabilidad de pérdida de la salud en forma de estrategias colectivas, políticas, normas y documentos técnicos, así como en ejercicios de planificación, dirección, coordinación, integración, vigilancia, administración y fiscalización de recursos. Orienta la integración de manera coordinada y efectiva, las acciones de todos los actores que operan en el territorio, y garantiza el cumplimiento del rol de cada uno, armonizando los servicios de atención médica con las acciones de control realizadas sobre los determinantes de la salud por parte de la población, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos, públicos y privados. Esta línea incluye acciones de:

- Conducción
- Sostenibilidad del financiamiento
- Garantía del aseguramiento

- Fiscalización
- Intervenciones colectivas
- Movilización de los otros sectores de la sociedad, de los territorios y de la ciudadanía

2.5.1 Dimensiones prioritarias

Las dimensiones prioritarias representan aspectos fundamentales que por su magnitud o importancia se deben intervenir, preservar o mejorar, para garantizar la salud y el bienestar de todos los colombianos, sin distinción de género, etnia, ciclo de vida, nivel socioeconómico o cualquier otra situación diferencial.

A continuación se presentan las ocho dimensiones con sus respectivos componentes:

1. Salud ambiental

Conjunto de acciones que buscan materializar el derecho al ambiente sano para favorecer y promover la calidad de vida de la población actual y de futuras generaciones. Componentes:

- Hábitat saludable
- Situaciones en salud relacionadas con condiciones ambientales

2. Vida Saludable y condiciones no transmisibles

Conjunto de acciones que buscan el bienestar y el disfrute de una vida sana en las diferentes etapas del transcurso de vida, promoviendo modos, condiciones y estilos de vida saludables en los espacios cotidianos de las personas, familias y comunidades, así como el acceso a una atención integrada de condiciones no transmisibles con enfoque diferencial. Componentes:

- Modos, condiciones y estilos de vida saludables
- Condiciones crónicas prevalentes

3. Convivencia social y salud mental

Conjunto de acciones que permiten el despliegue de recursos individuales y colectivos para el disfrute de la vida cotidiana, estableciendo relaciones interpersonales basadas en el respeto, la solidaridad y el ejercicio de los derechos humanos para el logro del bien común y el desarrollo humano y social. Componentes:

- Promoción de la salud mental y la convivencia
- Prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales y a diferentes formas de violencia

4. Seguridad alimentaria y nutricional

Conjunto de acciones que buscan garantizar el derecho a la alimentación sana con equidad, en las diferentes etapas del ciclo de vida, mediante la reducción y prevención de la malnutrición, el control de los riesgos sanitarios y fitosanitarios de los alimentos y la gestión transectorial de la seguridad alimentaria y nutricional con perspectiva territorial. Componentes:

- Disponibilidad y acceso a los alimentos
- Consumo y aprovechamiento biológico de alimentos
- Inocuidad y calidad de los alimentos

5. Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos

Conjunto de acciones que permiten promover las condiciones para el ejercicio libre, autónomo e informado de la sexualidad, el desarrollo de las potencialidades de las personas, grupos y comunidades durante todo su ciclo vital. Componentes:

- Promoción de los derechos sexuales y reproductivos y equidad de género
- Prevención y atención integral en salud sexual y reproductiva desde un enfoque de derechos

6. Vida saludable libre de enfermedades transmisibles

Conjunto de acciones que permiten materializar el derecho a vivir libre de enfermedades transmisibles en todos los ciclo de la vida y entornos donde viven las personas, familias y comunidades. Componentes:

- Enfermedades emergentes, re-emergentes y desatendidas
- Enfermedades inmunoprevenibles
- Condiciones y situaciones endemo-epidémicas

7. Salud pública en emergencias y desastres

Espacio de acción sectorial, transectorial y comunitaria que propende por la protección de individuos y colectivos ante los riesgos de emergencias o desastres que tengan impacto en salud pública, procurando reducir los efectos negativos en la salud humana y ambiental, a través de la gestión integral del riesgo como un proceso social que orienta la formulación, ejecución, seguimiento y evaluación de políticas, planes, programas, proyectos y acciones permanentes para el conocimiento, la reducción del riesgo y el manejo de emergencias y desastres, con el fin de contribuir en la seguridad sanitaria, el bienestar, la calidad de vida de las personas y al desarrollo sostenible en el territorio nacional. Componentes:

- Gestión integral de riesgos en emergencias y desastres
- Respuesta en salud ante situaciones de emergencias y desastres

8. Salud y ámbito laboral

Conjunto de políticas e intervenciones sectoriales y transectoriales que buscan el bienestar y protección de la salud de los trabajadores a través de la promoción de modos, condiciones y estilos de vida saludables en el ámbito laboral, el mantenimiento del bienestar físico, mental y social de las personas en todas las ocupaciones y el fomento de las intervenciones que modifican positivamente las situaciones y condiciones de interés para la salud de los trabajadores del sector formal e informal de la economía. Componentes:

- Seguridad y salud en el trabajo
- Situaciones prevalentes de origen laboral

2.5.2 Dimensiones transversales

Todas las dimensiones prioritarias están cruzadas por dos dimensiones transversales: una que da cuenta de los desarrollos diferenciales en sujetos y colectivos específicos (en procesos y algunas veces en estructura y recursos) para algunas fases del ciclo de vida, género, grupos étnicos, personas con discapacidad y víctimas, bajo los principios del respeto y el reconocimiento del derecho a las diferencias poblacionales y de las mayores vulnerabilidades; y otra relacionada con los desarrollos orientados al fortalecimiento institucional y de los servicios de salud.

A continuación se presentan las dos dimensiones transversales con cada uno de sus componentes:

1. Gestión diferencial de poblaciones vulnerables

Conjunto de políticas e intervenciones sectoriales y transectoriales que buscan el reconocimiento de las diferencias sociales y, en consecuencia, la aplicación de medidas en favor de aquellos grupos sociales en los que esas diferencias significan desventaja o situación de mayor vulnerabilidad. El conjunto de políticas está encaminado a lograr la equidad en salud en el marco de los derechos de sujetos y colectivos. Las acciones transversales a las poblaciones que presentan mayor vulnerabilidad se enmarcan en los siguientes componentes:

- Niños, niñas y adolescentes,
- Grupos étnicos,
- Personas en situación de discapacidad,
- Adulto mayor, y
- Personas víctimas del conflicto armado.

2. Gestión para el fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud

Conjunto de acciones sectoriales y comunitarias encaminadas a recuperar las capacidades básicas de la autoridad sanitaria en la nación y territorios para actuar como planificadores e integradores de las acciones relacionadas con la producción social de la salud dentro y fuera del sector salud, y de la respuesta propia del sector a través de estrategias enmarcadas en el siguiente componente:

- Fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la: regulación, conducción, gestión financiera, fiscalización del sistema general de seguridad social en salud, vigilancia epidemiológica y sanitaria, movilización social, ejecución de las acciones colectivas y garantía del aseguramiento y la provisión adecuada de servicios de salud.

2.6 PLAN DECENAL PARA EL CONTROL DEL CÁNCER⁸

El cáncer constituye un grupo de enfermedades con grandes repercusiones sociales, económicas y emocionales. La carga creciente del cáncer en el perfil de salud de los colombianos amerita intervenciones oportunas, certeras y coordinadas para lograr el impacto esperado sobre su incidencia, discapacidad, calidad de vida y mortalidad a nivel poblacional e individual.

Se establecieron las líneas estratégicas de acuerdo con cada uno de los objetivos del modelo para el control del cáncer. Para cada una de ellas, con base en la revisión de la evidencia científica y las recomendaciones dadas por expertos nacionales en consultas públicas y diferentes escenarios de discusión, se establecieron metas y acciones en los distintos niveles. Dichas metas están alineadas con el Plan de Desarrollo Nacional y se articulan con el Plan Decenal de Salud Pública para el período 2012-2021.

2.6.1 Objetivos

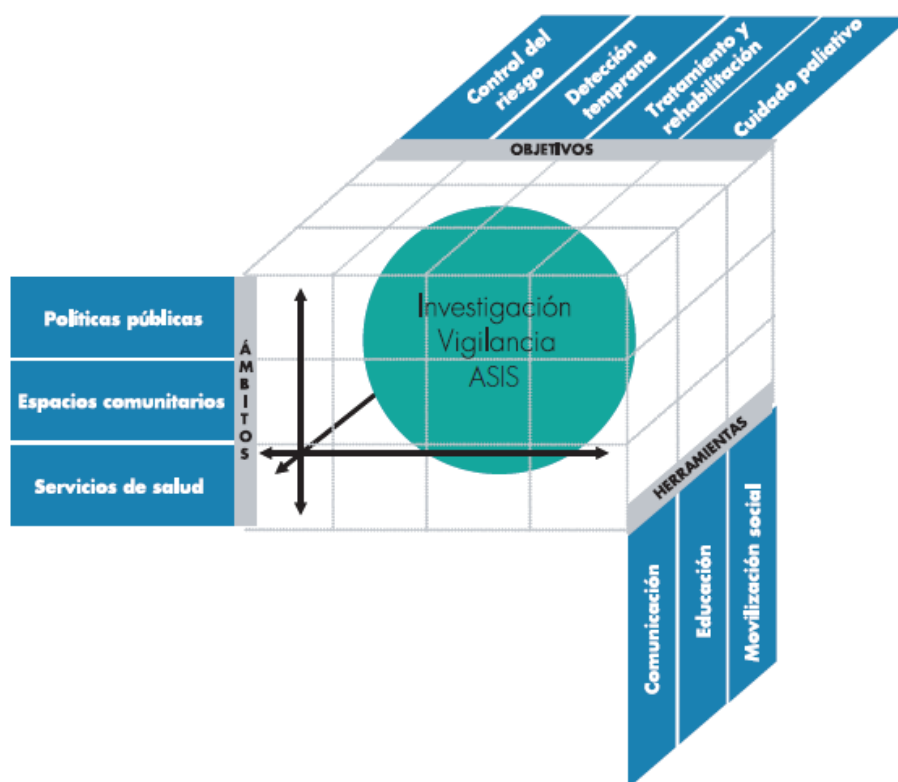
1. Reducir la prevalencia de factores de riesgo modificables para cáncer.
2. Reducir las muertes evitables por cáncer mediante el mejoramiento de la detección temprana y la calidad de la atención.
3. Mejorar la calidad de vida de los pacientes y sobrevivientes de cáncer.
4. Garantizar la generación, disponibilidad y uso de conocimiento e información para la toma de decisiones.
5. Fortalecer la gestión del talento humano para el control del cáncer.

⁸ Tomado de la página oficial del Ministerio de Salud y Protección Social <https://www.minsalud.gov.co/>

2.6.2 Modelo de control del cáncer

El modelo tiene como objetivos el control del riesgo, la detección temprana, el tratamiento-rehabilitación y el cuidado paliativo (Ilustración 14). Estos objetivos corresponden a fines básicos para el control del cáncer propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y adoptado por la gran mayoría de modelos y planes en el mundo. Para el caso de Colombia, se hace énfasis en la necesidad de promover una atención continua desde las acciones de prevención hasta las de rehabilitación y cuidado paliativo, ya que con frecuencia estas se desarrollan de manera desarticulada por actores e instituciones independientes.

Ilustración 14. Modelo para el control del cáncer



En el eje central del modelo está la gestión del conocimiento a través de la vigilancia, la investigación y el análisis de la situación de salud respecto al cáncer. La vigilancia, la investigación y el análisis se plantean como ejes centrales porque solo es posible tener resultados previsibles si las acciones están basadas en un adecuado conocimiento y evidencia científica acerca de la problemática del cáncer y de sus alternativas de solución.

2.6.3 Responsabilidades de los actores del sector salud

De las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS):

Corresponde a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), frente al Plan Decenal para el Control del Cáncer, las siguientes responsabilidades:

1. Adoptar y aplicar las políticas, normas técnico-científicas, administrativas y financieras, requeridas para el cumplimiento de las metas del plan decenal para el control del cáncer.
2. Implementar un modelo de gestión de riesgo de cáncer en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud (SOGCS).
3. Implementar mecanismos de seguimiento, evaluación y mejoramiento continuo de las acciones de detección temprana, diagnóstico oportuno, atención y recuperación de los daños en salud relacionados con cáncer.
4. Generar la información requerida por el sistema de información en cáncer para el seguimiento a las metas e indicadores del plan decenal para el control del cáncer.
5. Participar en la operación de la vigilancia en salud pública, entorno laboral y control de la gestión del SGSSS, la cual están orientada al control del cáncer en Colombia.
6. Desarrollar e implementar estrategias educativas para los profesionales y funcionarios de la salud, orientadas al control del cáncer en Colombia.
7. Implementar las guías de atención integral y protocolos para la detección temprana, diagnóstico, atención y rehabilitación de los diez principales tipos de cáncer en Colombia.
8. Implementar las normas técnicas y los programas de detección temprana para los principales tipos de cáncer con mortalidad prematura evitable.
9. Cumplir los estándares establecidos por el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud (SGSSS) que le corresponden según la normatividad vigente.
10. Implementar estrategias de capacitación, información, comunicación y educación para los usuarios del sistema de salud.
11. Adoptar e implementar los lineamientos del componente de medicamentos oncológicos según lo definido en la Política Farmacéutica Nacional (Documento Conpes 155 de 2012), de acuerdo a las directrices dadas por las autoridades competentes.
12. Aplicar los lineamientos definidos para el desarrollo del sistema de gestión de tecnología biomédica, que aseguren la disponibilidad de inventarios, el control de la calidad en la operación y uso de tecnologías para la atención integral del cáncer.

2.7 PLAN ESTRATÉGICO SECTORIAL 2014–2018, SECTOR ADMINISTRATIVO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL⁹

El Plan Estratégico Sectorial (PES) 2014-2018 sirve como instrumento de gestión que permite orientar las acciones a partir de los objetivos y metas establecidas en el Plan Nacional de Desarrollo, con lo que se articulan las estrategias que responden coherentemente con las políticas e iniciativas de gobierno de acuerdo con las competencias sectoriales.

El PES obedece igualmente a los lineamientos normativos y misionales asignados tanto al ministerio (como cabeza del sector salud) y a las entidades adscritas y vinculadas al cumplimiento de las políticas públicas en lo competente al sector, a lo contemplado en los documentos del Consejo Nacional de Política Económica y Social (Conpes) y a los mandatos de las cortes en materia de salud, siguiendo igualmente los modelos de gestión orientados al desempeño de la administración pública en función a resultados que, así mismo, buscan fortalecer los sistemas de seguimiento y evaluación, con el fin de optimizar los recursos, mejorar el desempeño de las instituciones del sector y el impacto de las políticas públicas.

En este sentido, dentro de este plan se establecen acciones y metas de manera correspondiente a las directrices del modelo integrado de planeación y gestión que contiene las siguientes políticas administrativas:

- a. Gestión misional y de gobierno
- b. Transparencia, participación y servicio al ciudadano
- c. Gestión del talento humano
- d. Eficiencia administrativa
- e. Gestión financiera

Es así como este PES espera consolidar, en el corto y mediano plazo el alineamiento requerido en el sector salud y protección social, de manera que el ministerio, sus dependencias, las entidades adscritas y vinculadas y sus correspondientes áreas funcionales, lo apropien a través de la formulación, la implementación, el seguimiento, la evaluación y los ajustes necesarios a sus propios planes, programas y proyectos institucionales.

⁹ Tomado de la página oficial Ministerio de Salud y Protección Social
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/plan-estrategico-sectorial-2014-2018.pdf>

2.7.1 Plataforma estratégica sectorial

En la Tabla 12, se expone la relación entre los contenidos del PND y los objetivos y estrategias para el sector salud.

Tabla 12. Estructura Plan Estratégico Sectorial 2014-2018

Pilares PND 2014-2018	Estrategia transversal	Objetivo estrategia PND	Objetivos sectoriales PND	Estrategias
Equidad	Movilidad social	Mejorar las condiciones de salud de la población colombiana y propiciar el goce efectivo del derecho a la salud, en condiciones de calidad, eficiencia, equidad y sostenibilidad.	Mejorar las condiciones de salud de la población y disminuir las brechas en resultados en salud	<ul style="list-style-type: none"> • Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y Planes Territoriales. • Programa para la prevención y el control de las enfermedades endemoepidémicas, desatendidas, emergentes y reemergentes. • Programa ampliado de inmunizaciones. • Política de seguridad alimentaria y nutricional. • Política para la promoción de la salud, la prevención y atención de las enfermedades no transmisibles ENT. • Política para la promoción de la convivencia social. • Política nacional de sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos. • Plan nacional para la promoción de la salud, prevención y atención de consumo de sustancias psicoactivas SPA. • Programa nacional para la atención integral en salud a la persona adulta mayor y promoción del envejecimiento activo, físico y mentalmente saludable. • Programa de atención en salud integral a víctimas del conflicto armado. • Política Integral de Salud Ambiental (PISA).

Plan de Desarrollo 2016 – 2019
Hospital General de Medellín “Luz Castro de Gutiérrez”

Pilares PND 2014-2018	Estrategia transversal	Objetivo estrategia PND	Objetivos sectoriales PND	Estrategias
			Aumentar el acceso efectivo a los servicios y mejorar la calidad en la atención	<ul style="list-style-type: none"> • Programa de innovaciones normativas en el aseguramiento. • Programa de inversión pública hospitalaria. • Programa de esquemas alternativos de operación de hospitales públicos. • Política de talento humano en salud. • Política de mejoramiento de la calidad. • Política del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS). • Política de respuesta en estado de emergencia. • Política nacional de sangre • Programa de fortalecimiento de los laboratorios de Salud Pública. • Política en Salud para Indígenas articulada al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
			Recuperar la confianza y la legitimidad en el sistema	<ul style="list-style-type: none"> • Política de Fortalecimiento de la Inspección Vigilancia y Control (IVC). • Política de fortalecimiento de la institucionalidad para la administración de los recursos del SGSSS. • Programa de simplificación de procesos. • Política de fortalecimiento del sistema de información. • Política de transparencia, participación ciudadana y rendición de cuentas.
			Asegurar la sostenibilidad financiera del sistema de salud en condiciones de eficiencia	<ul style="list-style-type: none"> • Política de sostenibilidad financiera. • Política farmacéutica. • Política de investigación, innovación y ciencia para el desarrollo de tecnologías en salud. • Política para la definición de beneficios.

Fuente: Elaboración Ministerio de Salud y Protección Social. Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales

2.8 POLÍTICA NACIONAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

La Política nacional de prestación de servicios de salud determina los lineamientos estratégicos sobre los cuales se debe regir la prestación de los servicios de salud en Colombia.

El propósito de la Política nacional de prestación de servicios de salud es garantizar el acceso, optimizar el uso de los recursos y mejorar la calidad de los servicios que se prestan a la población.

Objetivos

- Mejorar el acceso a los servicios de salud.
- Mejorar la calidad de la atención en salud.
- Generar eficiencia en la prestación de servicios de salud y lograr la sostenibilidad financiera de las IPS públicas.

2.8.1 Ejes de la política y sus estrategias

La Política nacional de prestación de servicios de salud se enmarca en tres ejes estratégicos:

Ilustración 15. Ejes de la política nacional de prestación de servicios de salud



1. Accesibilidad

Accesibilidad a los servicios de salud, entendida como la condición que relaciona a la población que necesita servicios de salud con el sistema de prestación de servicios.

Estrategias y líneas de acción:

1. Incremento de la capacidad resolutive de los prestadores de servicios de salud en Colombia. Líneas de acción:
 - a) Acuerdo e intervención nacional para el manejo efectivo de patologías prevalentes y eventos de interés en salud pública, con la participación del Ministerio de la Protección Social, las universidades, las sociedades científicas, aseguradores, entidades territoriales y prestadores.
 - b) Identificación, sistematización, divulgación y apoyo de estrategias innovadoras en el campo de la atención primaria, salud familiar y/o salud comunitaria.
 - c) Apoyo a las entidades territoriales y a las IPS en la identificación e incorporación de tecnologías costo-efectivas.
2. Desarrollo y fortalecimiento de las redes de prestación de servicios de salud, para garantizar disponibilidad, continuidad e integralidad en la atención.
 - a) Fortalecimiento de la capacidad de dirección, organización, gestión y control de redes por parte de las entidades territoriales.
 - b) Desarrollo y consolidación del sistema de información en el componente de prestación de servicios.
 - c) Definición de lineamientos y criterios para la consolidación de redes de servicios prioritarios a nivel local, regional y nacional.
 - d) Definición de los lineamientos normativos para la regulación de la oferta en el territorio nacional.
 - e) Impulso al desarrollo de la telemedicina.
3. Ampliación de las coberturas de aseguramiento, reconociendo la necesidad de mantener subsidios de oferta en los lugares que por condiciones territoriales y de mercado lo requieran.
 - a) Desarrollo de nuevos mecanismos de ampliación de coberturas de aseguramiento en el Sistema.
 - b) Desarrollo de mecanismos para garantizar la oferta en donde las condiciones de mercado no operan o donde se requiera mantener el subsidio a la oferta.

2. Calidad

La calidad de la atención de salud se entiende como la provisión de servicios accesibles, equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario.

El eje de calidad en la política de prestación de servicios se concibe como un elemento estratégico que se basa en dos principios fundamentales: el mejoramiento continuo de la calidad y la atención centrada en el usuario.

Estrategias y líneas de acción:

4. Fortalecimiento de los sistemas de habilitación, acreditación y auditoría, con el fin de disminuir los riesgos asociados a la atención e incrementar el impacto de los servicios en la mejora del nivel de salud de la población.

- a) Fomento al uso permanente por parte de los prestadores y entidades administradoras de planes de beneficios, de los estándares de acreditación y de las metodologías de auditoría.
 - b) Desarrollo y consolidación a nivel territorial del sistema único de habilitación.
 - c) Definición de un marco de referencia de indicadores de calidad para el país, que incluya estándares (umbrales) indicativos de la calidad esperada.
5. Empoderamiento del usuario y sus formas asociativas a través del desarrollo del sistema de información en calidad.
- a) Elaboración, difusión y publicación periódica de los resultados sobre calidad de aseguradores y prestadores, con el fin de incentivar la competencia institucional por la calidad de la atención.
 - b) Fortalecimiento de los mecanismos de participación social, en los procesos de evaluación y mejoramiento de la calidad.
6. Desarrollo y mejoramiento del talento humano en salud.
- a) Desarrollo de un sistema de recertificación y registro único nacional del personal de salud.
 - b) Definición e implementación de los criterios de calidad para los escenarios de práctica y hospitales universitarios.
 - c) Promoción de una cultura de ética, en los trabajadores del sector salud.
7. Fortalecimiento de los procesos de evaluación e incorporación de tecnología biomédica.
- a) Implementación del sistema nacional de evaluación de tecnología en salud.
 - b) Apoyo a la implantación de la Política Farmacéutica Nacional.

3. Eficiencia

En esencia, el eje de eficiencia se refiere a la obtención de los mayores y mejores resultados, empleando la menor cantidad posible de recursos.

Si existen dos estrategias de asistencia, igualmente eficaces o efectivas, la menos costosa es la más eficiente.

Estrategias y líneas de acción:

8. Reorganización y rediseño de la red de prestadores públicos de servicios de salud del país.
- a) Apoyo técnico y financiero a entidades territoriales para el rediseño, reorganización y ajuste de las redes de prestación de servicios y de las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud.
 - b) Apoyo a las entidades territoriales para la revisión, ajuste y saneamiento de los pasivos prestacionales de los prestadores públicos de servicios.
 - c) Monitoreo a la gestión de la red pública.

9. Generación de mecanismos jurídicos, administrativos y técnicos para la modernización institucional de los prestadores públicos.
 - a) Revisión y ajuste del régimen jurídico de las Empresas Sociales del Estado.
 - b) Fomento a nuevas formas de operación de los prestadores públicos con participación del sector privado y/o solidario y/o tercer sector.
10. Desarrollo e implantación del sistema de incentivos para los prestadores de servicios.
 - a) Diseño y desarrollo de nuevas formas de contratación y pago de los servicios ambulatorios y hospitalarios.
 - b) Formulación del sistema de incentivos para el talento humano del sector salud.
 - c) Desarrollo de mecanismos de reconocimiento de los logros en calidad de las instituciones prestadoras de servicios de salud y empresas promotoras de salud, como parte del sistema de incentivos.
 - d) Fomento a las mejores prácticas asistenciales, administrativas y financieras en los prestadores de servicios.
 - e) Desarrollo de un sistema de rendición de cuentas para cada una de las instancias responsables de la dirección y operación de las redes de servicios: ministerio, departamentos, municipios, distritos y prestadores públicos.
11. Desarrollo de un sistema de precios de referencia y de unificación y normalización de procesos y requerimientos entre Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) y ministerios, superintendencia, departamento nacional de planeación, entidades territoriales y aseguradores.
 - a) Definición de manual de tarifas mínimas de referencia para la prestación de servicios de salud en Colombia.
 - b) Apoyo a trabajos conjuntos entre aseguradores y prestadores para lograr consensos y estandarización de procesos.
 - c) Implementación del sistema único de reporte de información para prestadores.

2.9 POLÍTICA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD (PAIS)¹⁰

La Política de Atención integral en Salud (PAIS) determina los lineamientos estratégicos sobre los cuales se debe regir la prestación de los servicios de salud en Colombia.

El objetivo de la PAIS es orientar el sistema hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población mediante la regulación de la intervención de los agentes sectoriales e intersectoriales responsables de garantizar el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud; optimizar el uso de los recursos y mejorar la calidad de los servicios a organizar en los ámbitos territoriales con población dispersa, rural y urbana diferenciando a los municipios y distritos que tengan más de un millón de habitantes.

¹⁰ Tomado de la Política de Atención Integral en Salud.

La política desarrolla un marco estratégico y un modelo operacional que va a permitir la acción coordinada de las normas, reglas, reglamentos, agentes y usuarios a efectos de orientar la intervención de los diferentes agentes hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población y el goce efectivo del derecho fundamental de la salud al interrelacionar los elementos esenciales que lo configuran.

2.9.1 Marco estratégico de la PAIS

Desarrolla las estrategias de atención primaria en salud, gestión integral del riesgo en salud; el enfoque diferencial en la atención y el cuidado, como eje integrador de la responsabilidad, que se le debe el ciudadano para gozar de salud y la responsabilidad del Estado de garantizarla. Adicionalmente orienta el sistema hacia la generación de las mejores condiciones de la salud articulando y armonizando el aseguramiento, la prestación de servicios de salud y el desarrollo de las políticas y programas en salud pública, de acuerdo a la situación de salud de las personas, familias y comunidades, soportada en procesos de gestión social y política de carácter intersectorial, atendiendo los contextos poblacionales y territoriales específicos, de manera que converjan los objetivos, incentivos y operaciones de los agentes sectoriales, intersectoriales y comunitarios del sistema de salud.

2.9.2 Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS)

La Política de Atención Integral en Salud requiere un modelo operacional que pone en el centro a las personas, su bienestar y desarrollo, y orienta la intervención de los diferentes agentes y demás entidades en el cumplimiento de sus competencias, funciones y responsabilidades con miras a la integralidad en el cuidado de la salud y el bienestar de la población y los territorios en que se desarrollan a través de la interacción coordinada sobre determinantes y riesgos relacionados con la salud.

El MIAS comprende el conjunto de procesos de priorización, intervención y arreglos institucionales que direccionan de manera coordinada las acciones de cada uno de los agentes del sistema para permitir la oportunidad, continuidad, integralidad y calidad en la atención en salud de la población bajo condiciones de equidad. Su objetivo es orientar las instituciones, procesos y recursos hacia las necesidades de la población, transformando el sistema desde una visión centrada en el ciudadano.

2.9.3 Componentes del MIAS

La operación del MIAS define diez componentes:

1. Grupos de población y grupos de riesgo

Cada agente dentro de sus competencias debe definir los grupos de población y riesgo y articular las acciones para la gestión de los determinantes y riesgos que condicionan el desarrollo de capacidades de las personas atendiendo el enfoque de curso de vida. La conformación de los grupos de riesgo que correspondan a grupos de población con

características similares en términos de eventos de interés en salud pública y los que resulten de las interfaces con las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios EAPB y las entidades responsables de la atención en salud de las personas afiliadas a los regímenes especiales y de excepción y definir una respuesta organizada y coherente en el proceso de atención integral sectorial e intersectorial para su gestión integral con miras a resultados en salud.

2. Ruta Integral de Atención en Salud (RIAS)

La Ruta Integral de Atención en Salud es una herramienta obligatoria para los agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud y cuya construcción parte de la evidencia científica alrededor de los determinantes sociales o grupos de enfermedad. La RIAS consolida las acciones colectivas e individuales que integran el manejo del riesgo y de la enfermedad y orienta las intervenciones de las instituciones, los procesos y los procedimientos que deben concurrir para el manejo del riesgo integral en salud de las personas que comparten riesgo de salud similar y su ejecución se predica en los entornos, en el prestador primario, prestador complementario, en la entidad territorial o en la entidad responsable de las prestaciones en salud de la población a su cargo. El objetivo de la RIAS es mantener la salud, recuperarla o abordar la rehabilitación. Para ello se establecen tres tipos:

- Ruta de promoción y mantenimiento de la salud.
- Ruta de grupo de riesgo.
- Rutas específicas de atención.

El Ministerio de Salud y Protección Social definirá las rutas integrales de atención en salud para grupos de población y grupos de riesgo, las cuales serán obligatorias para los agentes del SGSSS, atendiendo las condiciones de salud de la población a su cargo en el territorio, jurisdicción o área de operación de los agentes. Lo anterior sin perjuicio de las rutas integrales de atención que los diferentes agentes diseñen e implementen para la atención de grupos de población y grupos de riesgo en el ámbito territorial de su jurisdicción y operación.

3. Implementación de la Gestión Integral del Riesgo en Salud (GIRS)

La implementación de la GIRS en la operación del modelo comprende el conjunto de acciones intencionales y planificadas por los agentes en el marco de sus competencias, a efecto de anticiparse en la ocurrencia de eventos de interés de salud pública y controlar los riesgos para la salud de las personas de manera individual, las enfermedades, los traumatismos, la discapacidad ocasionada por la enfermedad. La GIRS tiene un componente colectivo y otro individual que se conjugan en el quehacer de los agentes responsables de las intervenciones relacionadas con la promoción, prevención de la enfermedad, mantenimiento de la salud, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación del ciudadano.

La GIRS tiene por tanto un componente colectivo a cargo de la entidad territorial, uno individual que es función primordial de la EAPB y que se entrelaza con la gestión clínica que ejecuta la IPS con la red de prestación de servicios.

4. Territorialización del modelo

Teniendo en cuenta las marcadas diferencias entre las entidades territoriales en cuanto al ámbito territorial, (dispersa, rural y urbana) y a las características diferenciales de la población en cada ámbito, el MIAS debe adaptarse a las condiciones de la población y del territorio en su contexto y a la oferta de servicios necesarios para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud.

El territorio es la unidad básica en la cual se integran el sistema de salud y los agentes del sistema general de seguridad social en salud, por lo que se hace necesario para la operación del MIAS, armonizar las funciones de los tipos de entidades territoriales existentes en la estructura política y territorial del país (departamento, municipio y distritos) y la subordinación del municipio y algunos distritos al departamento para el cumplimiento de las competencias en el sector salud (salud pública, aseguramiento y prestación de servicios) en la operación de redes integrales de servicios de salud, así como la habilitación y operación de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios -EAPB-. El Ministerio de Salud y Protección Social, atendiendo las competencias propias y el marco regulatorio, ajustará las condiciones de operación de los agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en cuanto a la oferta de servicios, competencia entre EAPB y entre prestadores de servicios de salud, modulación del principio de libre escogencia, para la operación del MIAS en la entidad territorial donde apliquen los criterios que definen los ámbitos territoriales.

El MIAS reconoce tres tipos de ámbitos territoriales:

- Ámbitos territoriales con población urbana y su modulación de conformidad con el número de habitantes y la categoría de distrito.
- Ámbitos territoriales rurales.
- Ámbitos territoriales de zonas dispersas.

5. Redes Integrales de Prestación de Servicios (RED)

Una RED se define como el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud públicos y privados, ubicado en un ámbito territorial, definido de acuerdo con las condiciones de operación del MIAS, con una organización funcional en un componente primario y complementario, bajo los principios de disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad y calidad; al igual que los mecanismos requeridos para la operación y gestión de la prestación de servicios de salud, con el fin de garantizar el acceso y la atención oportuna, continua, integral, resolutoria a la población; contando con los recursos humanos, técnicos, financieros y físicos para garantizar la gestión adecuada de la atención así como los resultados.

6. Rol del asegurador

Las Entidades administradoras de planes de beneficios para la implementación del MIAS deben ajustar su desempeño a la protección frente al riesgo financiero, representar al afiliado y asegurar el acceso y resultados en salud de la población, para lo cual se hace necesario fortalecer la capacidad de gestión del riesgo empresarial y la capacidad de gestión del riesgo en salud de los afiliados respecto del riesgo primario y el riesgo técnico.

7. Redefinición del Esquema de incentivos

El MIAS demanda, para su operación, redefinir los incentivos del SGSSS a resultados esperados en salud, ajustando el esquema de pagos a lo largo de la cadena de provisión de servicios de salud suministrados de manera completa para prevenir, paliar o curar la enfermedad por parte de los agentes; incentivos que frente al usuario deben traducirse en la autorización integral de las actividades definidas en la RIAS y para los prestadores primarios y complementarios que integran una red integral de prestación de servicios, la garantía del pago a lo largo de la cadena de prestaciones suministradas.

El esquema de incentivos busca mejorar la calidad, eficiencia y efectividad de las intervenciones de los agentes institucionales responsables de la operación del MIAS. En principio los incentivos deben tender a garantizar unas relaciones de pago entre los agentes estables con resultados en salud en la gestión del riesgo primario.

El Ministerio de Salud y Protección Social definirá además incentivos para el talento humano y los usuarios.

8. Requerimientos y procesos del sistema de información

La operación del modelo integral de atención en salud exige desarrollos del sistema de información integral centrado en el ciudadano. Exige además responder a las necesidades de información de los agentes responsables de la atención en salud. La información debe ser única, alojada en un solo sitio y disponible para el sistema de salud y los agentes del SGSSS y acceder a ella por medios electrónicos previos los mecanismos de seguridad y privacidad.

9. Fortalecimiento de la investigación, innovación y apropiación del conocimiento

Para alcanzar los desafíos propuestos por este modelo se considera relevante el fortalecimiento de la investigación e innovación en sistemas y servicios de salud a nivel nacional y regional de manera prioritaria.

El Modelo integral de atención en salud establece seis retos de innovación e investigación en sistemas de salud y se deberán enmarcar en las agendas de investigación del país a nivel nacional y regional y de los agentes del sistema para ser abordadas de manera efectiva. Estos retos son:

- El establecimiento de la rectoría del sistema de salud.

- Estrategias que garanticen la sostenibilidad financiera del sistema de salud.
- La gestión eficiente de los recursos humanos en salud.
- Fortalecimiento de los sistemas de información efectivos y eficientes.
- Mecanismos efectivos de transferencia de conocimiento en políticas públicas.
- Investigación en el acceso, utilización y garantía de la calidad de la prestación de servicios de salud.

Igualmente se debe fortalecer la capacidad de investigación en salud pública, atendiendo su objetivo de indagar, analizar y explicar el estado de salud de las poblaciones en términos de su distribución, los factores de riesgo, los determinantes y las acciones colectivas e individuales que se implementen de manera organizada para abordar los problemas de salud en términos colectivos. Las escuelas y programas de salud pública deberán reconocer las necesidades de la población colombiana y orientar sus programas de formación a la generación de conocimiento prioritario para el país.

10. Implementación y evaluación del MIAS

La implementación, resultados y evaluación los procesos propuestos en el MIAS requiere el desarrollo de dos estrategias concomitantes y coordinadas a cargo de todos los agentes del SGSSS dentro de sus competencias:

- Establecimiento y fortalecimiento de la gobernanza del sistema de salud: entendida la gobernanza no solo como una potestad de la rectoría del sector a cargo del gobierno, sino también como una función de todos los agentes del SGSSS, que implica i) definir prioridades, ii) realizar procesos de monitoreo y iii) tener mecanismos para la rendición de cuentas.
- Mecanismos de retroalimentación y planes de mejora: el MIAS requiere procesos de retroalimentación de manera dinámica y constante para la mejora de su desempeño y de los resultados en salud. Lo anterior determina la necesidad de implementar planes de mejora que desarrollen estrategias de incorporación de cambios de procesos en relación con:
 - Participación social.
 - Mecanismos de incentivos de financiamiento.
 - Mecanismos de difusión e información.

2.10 POLÍTICA FARMACÉUTICA NACIONAL

Tiene como objetivo central contribuir al logro de los resultados en salud de la población colombiana a través del acceso equitativo a medicamentos efectivos y a la prestación de servicios farmacéuticos de calidad, bajo el principio de corresponsabilidad de los sectores y agentes que inciden en su cumplimiento.

Esta política plantea diez estrategias que buscan mejorar el acceso, buscan también oportunidad de dispensación, calidad y uso adecuado en función de las necesidades de la población independientemente de su capacidad de pago.

Tres de estas estrategias son transversales:

1. Disponibilidad de información confiable, oportuna y pública sobre acceso, precios, uso y calidad de los medicamentos.

Está orientada a resolver los problemas de transparencia y asimetría de información de precios, gasto, consumo, uso y calidad de medicamentos. Se espera poner a disposición del gobierno, de las instituciones técnicas y normativas y de los usuarios, información oportuna y confiable para la toma de decisiones a través de un único sistema de información.

2. Construcción de una institucionalidad eficaz, eficiente y coherente.

Con el objetivo de crear las condiciones necesarias para asegurar la adecuada articulación, concurrencia, cooperación y la coherencia institucional, se propone la articulación institucional y normativa que incida en la definición del plan de beneficios, el diseño de un sistema de vigilancia y la conformación de una comisión de seguimiento a las metas en este sector establecidas en la política farmacéutica nacional.

3. Adecuación de la oferta y las competencias del recurso humano del sector farmacéutico.

Esta estrategia busca promover la adecuación de la oferta y calificación del recurso humano a los retos y metas de la política farmacéutica a través de programas intersectoriales para la promoción de la profesionalización y especialización en áreas acordes con los retos de desarrollo del sector farmacéutico, clínico-asistencial e industrial.

Las siete estrategias restantes incluyen:

4. Desarrollo de instrumentos para la regulación de precios y del mercado.

Tiene como propósito configurar una caja de herramientas que mejore las capacidades regulatorias y de vigilancia y detecte y resuelva las distorsiones del mercado.

5. Fortalecimiento de la rectoría y del sistema de vigilancia.

La estrategia concentra las acciones asociadas a promover y asegurar la calidad en la producción y la efectividad clínica de los medicamentos; se centra en el fortalecimiento del Ministerio de Salud, del Invima, de la Superintendencia Nacional de Salud y otras entidades del sistema de vigilancia en salud, procurando una mejor articulación intra e intersectorial y el desarrollo de la reglamentación que garantice la calidad de los medicamentos comercializados y los servicios farmacéuticos prestados en Colombia.

6. Compromiso con la sostenibilidad ambiental y el aprovechamiento de la biodiversidad

Las actividades correspondientes a esta estrategia se articulan con la normatividad vigente de la gestión postconsumo y a los procesos de producción sustentables de medicamentos basados en el aprovechamiento de la biodiversidad.

7. Adecuación de la oferta de medicamentos.

En esta estrategia se incorporan actividades para el estímulo a la investigación, el desarrollo y la producción de medicamentos estratégicos; la promoción de la competencia (genéricos) de medicamentos y la disponibilidad nacional de medicamentos para enfermedades priorizadas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

8. Desarrollo de programas especiales de acceso.

Se propone el desarrollo de modelos que incorporen elementos como la negociación centralizada de precios, logística moderna, programas de gestión de beneficios de medicamentos: de alto costo y baja prevalencia para enfermedades priorizadas, para enfermedades de interés en salud pública y de control especial administrados por el Fondo Nacional de Estupefacientes.

9. Diseño de redes de Servicios Farmacéuticos (SF).

La estrategia se orienta a impulsar elementos necesarios para la cualificación y mejoramiento de los servicios farmacéuticos en concordancia con los objetivos del SGSSS.

10. Promoción del uso adecuado de medicamentos.

Esta estrategia promueve el uso de tecnologías informáticas para el seguimiento de los resultados en salud asociados al uso de terapias farmacológicas.

2.11 PLANES DE DESARROLLO DEPARTAMENTAL Y MUNICIPAL

2.11.1 Estadísticas del sector para contextualizar planes de desarrollo

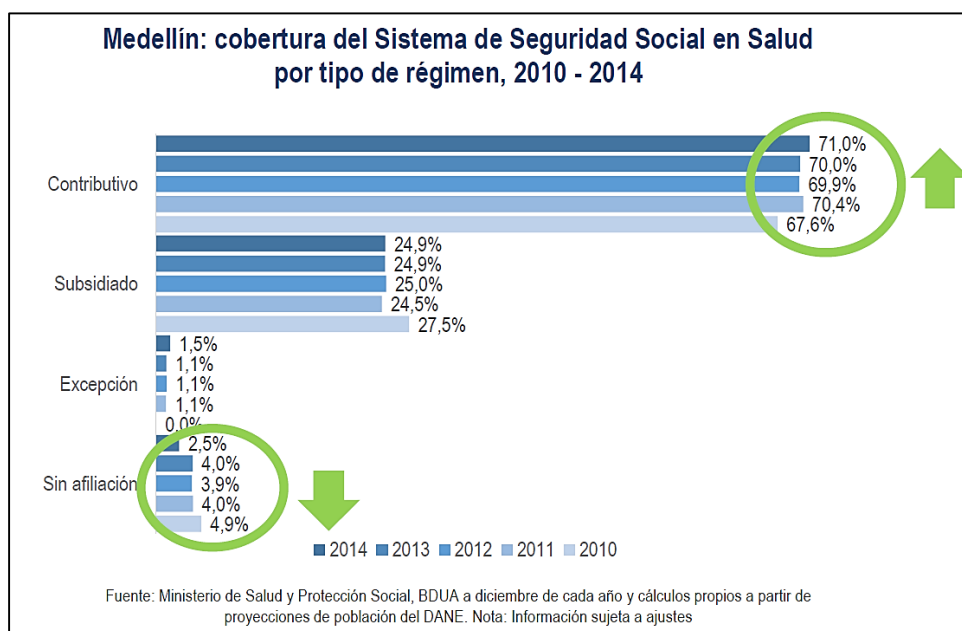
De acuerdo con los siguientes datos de la presentación del informe de calidad de vida de Medellín 2014-2015 (Medellín Cómo Vamos, 2014), hay avances en salud materno-infantil, pero son necesarios mayores esfuerzos en promoción y prevención en cuanto a la salud de los adultos.

Adicionalmente se presentan las siguientes estadísticas:

Plan de Desarrollo 2016 – 2019
Hospital General de Medellín “Luz Castro de Gutiérrez”

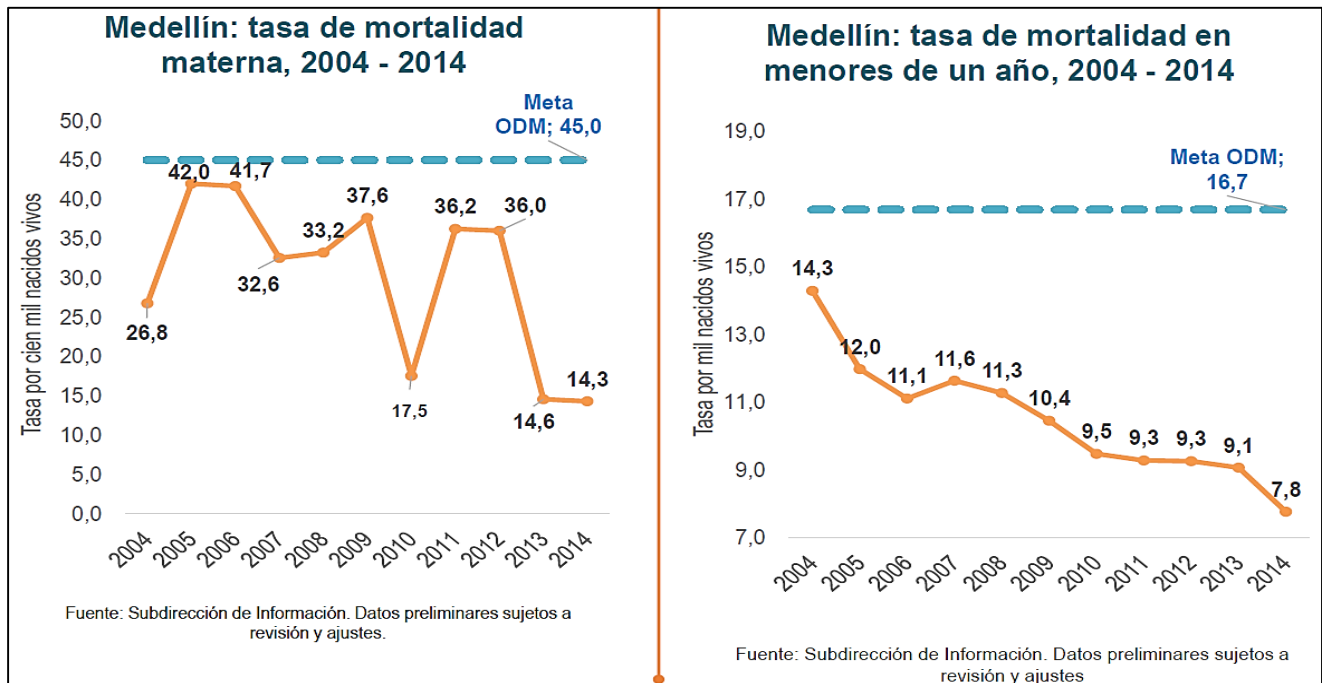
- Medellín mantiene altos niveles de cobertura en salud y logró disminuir la proporción de personas sin afiliación al SGSSS.

Ilustración 16. Cobertura del sistema de seguridad social en Salud al 2014



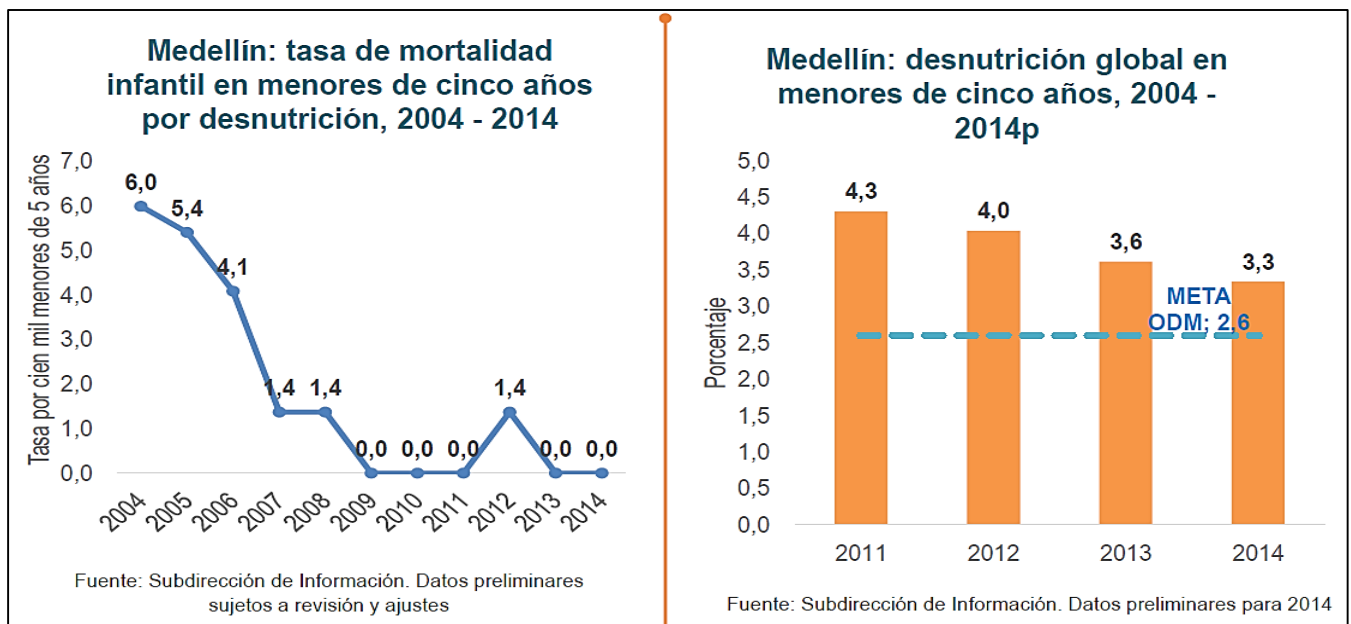
- Continúan avances en salud materno-infantil. La tasa de mortalidad materna y la tasa de mortalidad en menores de un año sigue con la tendencia a disminuir:

Ilustración 17. Tasa de mortalidad materna y en menores de un año al 2014



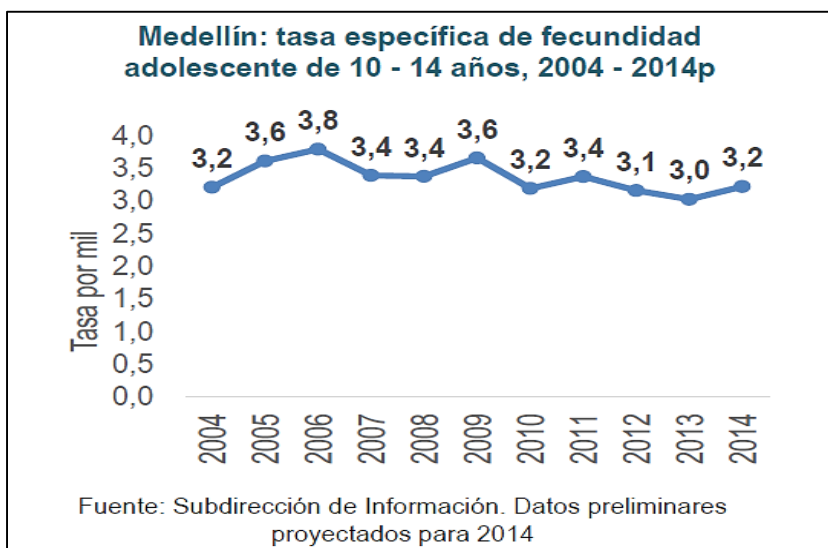
- Desde 2013, no hay muertes por desnutrición infantil en Medellín. Sin embargo, permanecen retos para la población infantil que presenta bajo peso para su edad.

Ilustración 18. Desnutrición y tasa de mortalidad infantil en menores de 5 años



- El embarazo adolescente presenta desafíos para la política pública, pues en el último año aumentaron las tasas de fecundidad. Además, existen amplias diferencias territoriales: mientras que la tasa de fecundidad en la comuna de El Poblado es de 0,0, en las comunas de San Javier y Villa Hermosa es de 5,5.

Ilustración 19. Tasa específica de fecundidad adolescente de 10 – 14 años



A continuación se presentan tablas tomadas del informe de los indicadores básicos de la situación de salud en Medellín de 2014 (Medellín, 2014):

- Con respecto a los datos del 2013, las tres primeras causas de consulta externa, consulta en urgencias y egreso hospitalario en Medellín siguen siendo las mismas; ninguna con variaciones considerables:

Plan de Desarrollo 2016 – 2019
Hospital General de Medellín “Luz Castro de Gutiérrez”

Ilustración 20. Primeros diez motivos por consulta externa en Medellín

10 Primeros motivos más frecuentes por consulta externa, población total, Medellín 2014 (298 causas CIE 10)	Casos	Porcentaje
Todas las edades		
Hipertensión esencial	688.809	10,4
Otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	459.063	6,9
Otros trastornos de los dientes y de sus estructuras de sosten	356.487	5,4
Diabetes mellitus	207.021	3,1
Otras dorsopatías	205.880	3,1
Trastornos de los tejidos blandos	188.644	2,8
Otras infecciones agudas de la vías respiratorias superiores	178.691	2,7
Otras enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	168.168	2,5
Otros traumatismos de regiones especificadas, de regiones no especificadas y de múltiples regiones del cuerpo	162.510	2,5
Caries dental	158.705	2,4
Otras causas	3.853.906	58,1
Total todas las edades	6.627.884	100
<small>Fuente: Secretaría de Salud de Medellín, Morbilidad por consulta externa. Información RIPS suministrados por las Instituciones Prestadoras de Salud IPS públicas y privadas, año 2014. Datos preliminares sujetos a revisión y ajustes.</small>		

Ilustración 21. Primeros diez motivos por consulta de urgencias en Medellín

10 Primeros motivos más frecuentes por consulta de urgencias Población total, Medellín 2014 (298 Causas CIE 10)	Casos	Porcentaje
Todas las edades		
Otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	43.679	11,6
Otros traumatismos de regiones especificadas, de regiones no especificadas y de múltiples regiones del cuerpo	38.349	10,2
Dolor abdominal y pélvico	25.438	6,8
Otras infecciones agudas de la vías respiratorias superiores	16.630	4,4
Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	13.041	3,5
Otra atención materna relacionada con el feto y con la cavidad amniótica, y con posibles problemas del parto	12.783	3,4
Otras dorsopatías	10.177	2,7
Faringitis aguda y amigdalitis aguda	10.132	2,7
Otras complicaciones del embarazo y del parto	9.552	2,5
Migraña y otros síndromes de cefalea	8.860	2,4
Otras causas	187.449	49,8
Total todas las edades	376.090	100
<small>Fuente: Secretaría de Salud de Medellín, Morbilidad por consulta de urgencias. Información RIPS suministrados por las Instituciones Prestadoras de Salud IPS públicas y privadas, año 2014. Datos preliminares sujetos a revisión y ajustes.</small>		

Ilustración 22. Primeros diez motivos por egreso hospitalario en Medellín

10 Primeros motivos más frecuentes por egreso hospitalario, población total, Medellín 2014 (298 causas CIE 10)	Casos	Porcentaje
Todas las edades		
Otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	16.426	9,8
Otra atención materna relacionada con el feto y con la cavidad amniótica, y con posibles problemas del parto	11.169	6,7
Dolor abdominal y pélvico	9.090	5,4
Otros traumatismos de regiones especificadas, de regiones no especificadas y de múltiples regiones del cuerpo	5.973	3,6
Otras enfermedades del sistema urinario	5.611	3,4
Bronquitis, enfisema y otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	4.905	2,9
Otras complicaciones del embarazo y del parto	4.637	2,8
Neumonía	4.482	2,7
Fiebre de origen desconocido	3.982	2,4
Infecciones de la piel y del tejido subcutáneo	2.865	1,7
Otras causas	98.201	58,7
Total todas las edades	167.341	100
<small>Fuente: Secretaría de Salud de Medellín, Morbilidad por egreso hospitalario. Información RIPS suministrados por las Instituciones Prestadoras de Salud IPS públicas y privadas, año 2014. Datos preliminares sujetos a revisión y ajustes.</small>		

- En cuanto a la mortalidad, aunque las dos primeras causas se mantienen, cada una aumentó el porcentaje de participación del total: *enfermedades isquémicas del corazón* pasaron del 14.8% al 15.4%, y las *enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores* pasaron del 7% al 8%.

Cabe destacar que las *agresiones* que estaban en el tercer lugar en el 2013 con un 6.8% de participación bajaron al sexto lugar con un 4.5%. Además, los *tumores malignos de tráquea, de bronquios y del pulmón*, pasaron del 4.1% en el 2013 al 4.6% en el 2014, pasando del sexto al cuarto lugar.

Ilustración 23. Primeras diez causas de mortalidad en Medellín, 2014

10 Primeras causas de mortalidad en población total, Medellín 2014 (103 Causas CIE 10) Tasas por cien mil hab.	Muertes	%	Tasa
Todas las edades			
Enfermedades isquémicas del corazón	1835	15,4	75,2
Enfermedades crónicas de la vías respiratorias inferiores	958	8,0	39,2
Enfermedades cerebrovasculares	792	6,6	32,4
Tumor maligno de la tráquea, de los bronquios y del pulmón	554	4,6	22,7
Neumonía	544	4,6	22,3
Agresiones	540	4,5	22,1
Resto de tumores malignos	420	3,5	17,2
Resto de enfermedades del sistema genitourinario	386	3,2	15,8
Resto de enfermedades del sistema digestivo	386	3,2	15,8
Otras enfermedades del corazón	359	3,0	14,7
Otras causas	5160	43,2	211,4
Total todas las edades	11934	100	488,9

Fuente: DANE - Estadísticas vitales, cifras preliminares con corte a 31 de enero de 2015. Secretaría de Salud de Medellín.
Nota: Análisis por residencia habitual del fallecido. Se presentan 12 registros sin información de edad.

2.11.2 Plan de Desarrollo “Antioquia Piensa en Grande” ¹¹

El Plan de Desarrollo “Antioquia Piensa en Grande” del señor Gobernador Luis Pérez Gutiérrez incluye los siguientes principios o líneas de trabajo que regirán la creación y seguimiento de las acciones a implementar:

2.11.2.1 Principios

- La vida como valor supremo.
- Cumplimiento de la palabra.
- Velocidad del desarrollo.
- Gobierno con olor a pueblo.
- Justicia cercana al ciudadano.
- Rectitud y trabajo para servidores públicos y ciudadanía.
- Lo público es responsabilidad de todos.

¹¹ Información tomada del Plan de Desarrollo “Antioquia Piensa en Grande” de Luis Pérez Gutiérrez, 2016-2019

- Respeto por la institucionalidad y su mejoramiento.
- Innovación y flexibilidad
- Defender el agua es preservar la vida.
- La rectitud como ejemplo de vida.
- Respeto a la diferencia.

2.11.2.2 Diagnóstico

Antioquia presenta algunas debilidades en las dimensiones del desarrollo poblacional, ambiental, social y económico, evidenciadas en baja cobertura de acceso al agua, y saneamiento básico y riesgo bioquímico.

Desde la dimensión social y ambiental están reflejados los siguientes datos estadísticos: Antioquia alberga el 20% del total de víctimas de 7'072.025 del país (1'414.405 personas) (UARIV).

Así mismo, la malnutrición es prevalente en los diferentes grupos poblacionales. En 2014, el bajo peso al nacer fue del 9,2% (MANA.). Ese mismo año, la tasa de mortalidad por desnutrición fue de 4 x 100 mil menores de 5 años (DANE).

Para 2014 se presentó mortalidad materna por causas directas, de 22,5 x 100 mil nacidos vivos. La tasa de fecundidad en mujeres de 10 a 14 años fue 4,1 embarazos por cada mil mujeres y 68,3 en mujeres de 15 a 19.

En VIH presentó una tasa de 36,5 x 100 mil habitantes en el grupo de 15 a 49 años (DANE). Por otro lado, la tasa de mortalidad infantil, comparando 2011 con 2014, pasó de 10,5 a 9,4 por cada mil nacidos vivos. En menores de 5 años, pasó de 187,9 a 165,9 x 100 mil niños menores de 5 años para el mismo período.

En relación con el comportamiento de las enfermedades transmisibles, el Departamento ha alcanzado logros importantes relacionados con los planes de eliminación de Rubéola, Sarampión, Síndrome de Rubéola Congénita y Tétanos Neonatal.

Sin embargo, las diez primeras causas de mortalidad corresponden a enfermedades no transmisibles (SSSA). Dentro de las primeras cinco (5) causas de mortalidad se encuentra enfermedades del corazón 15,6%. Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores 7,7%. Agresiones y homicidios 6,7%. Enfermedades cerebrovasculares 6,0% y tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón con el 4,1%.

Las enfermedades transmitidas por vectores: El dengue, presentó un comportamiento endemoepidémico de 3 a 5 años; para 2011 la tasa fue de 33,3 casos x 100 mil habitantes.

Para 2014, la tasa fue de 108,7 casos x 100 mil habitantes, evidenciándose un incremento importante.

En el rango de enfermedades emergentes, el chikungunya presentó un pico epidémico en 2015, con una notificación de 15.012 casos (SIVIGILA) y el virus del zika, con un brote acumulado de 866 casos durante los dos primeros meses de 2016.

En relación con las sustancias psicoactivas, se calcula que cerca de 15.000 personas son usuarios de heroína en Colombia, lo que incrementa el riesgo de infección de HIV, hepatitis B y hepatitis C.

Desde la dimensión del desarrollo económico, el sistema de salud presenta déficit financiero que afecta a todos los actores del sistema: Proveedores, IPS, EPS, Municipios y Departamento, reflejado en fallas en los atributos de calidad, incremento de tutelas, fallas en la eficiencia de la prestación asistencial y mal servicio a los usuarios, que son nuestra prioridad.

En Antioquia, a 2015, se tiene un 92,71% de la población afiliada al sistema de salud, según Servicio Seccional de Salud del Departamento.

2.11.2.3 Línea 3. Equidad y movilidad social

Su Objetivo General está compuesto por un conjunto de políticas públicas orientadas hacia la inclusión, la promoción social y la construcción de escenarios con igualdad de oportunidades multisectoriales, que atienda las necesidades de la población de forma integral y contribuyan de manera importante a avanzar hacia la meta de erradicar la pobreza extrema en los próximos 10 años.

Componentes Salud:

- Programa 1. Salud Ambiental

Objetivo General: Contribuir al mejoramiento de las condiciones sanitarias para el suministro de agua para consumo humano.

A través de este programa se trabajará en los factores ambientales, mediante acciones dedicadas a la prevención, control y mejoramiento de las condiciones básicas necesarias para mantener la salud pública y lograr la transformación positiva de determinantes sanitarios, ambientales y ocupacionales.

- Programa 2. Salud Pública

Objetivo General: Contribuir en el mejoramiento de las condiciones de salud pública de la población antioqueña, a través de estrategias de Atención Primaria en Salud.

El programa salud pública abarca las siguientes acciones:

Plan de Desarrollo 2016 – 2019
Hospital General de Medellín “Luz Castro de Gutiérrez”

- Vida saludable y Condiciones no transmisibles: Promoción y adopción de estilos de vida saludable y fortalecimiento de las capacidades de gestión de los actores departamentales y municipales.
 - Convivencia social y salud mental: Contribuirá al bienestar y al desarrollo humano y social en todas las etapas del ciclo de vida, con equidad y enfoque diferencial y promocionar la salud mental, la prevención frente al consumo de sustancias psicoactivas y la intervención sobre las diferentes formas de violencia.
 - Alimentación y nutrición desde la salud pública: fortalecimiento al personal asistencial y actores municipales para la inspección y vigilancia de la detección y atención de la malnutrición.
 - Sexualidad y derechos sexuales y reproductivos: Se promueve la generación y desarrollo de medios y mecanismos para garantizar el ejercicio pleno y autónomo de los derechos sexuales y reproductivos de las personas, grupos y comunidades, en el marco de los enfoques de género y diferencial.
 - Enfermedades transmisibles: apunta a que la población antioqueña viva libre de enfermedades transmisibles en todas las etapas del ciclo de vida y en los territorios cotidianos.
 - Salud pública en emergencias y desastres: promueve la prevención del riesgo de desastres como una práctica sistemática, apuntando a la protección de las personas, colectividades y el ambiente, para educar, prevenir, enfrentar y manejar situaciones de urgencia, de emergencia o de desastres.
 - Desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes: atención humanizada que cumpla con los atributos de calidad, fortaleciendo la estrategia “Los Mil Primeros días” y el método madre canguro, así como la Atención Integral a la Primera Infancia (AIPI).
 - Salud en población Étnica: facilitar el desarrollo de una ruta de atención y acceso a los servicios. Se preservan las raíces culturales de la medicina tradicional y el reconocimiento de los médicos tradicionales como alternativas de atención en salud bajo estándares definidos.
- Programa 3. Fortalecimiento Autoridad Sanitaria

Se apoya a la ejecución de acciones relacionadas con la afiliación de la población al Sistema General de Seguridad Social en Salud, la gestión de nuevos recursos financieros y el fortalecimiento de la red prestadora de servicios de salud en el Departamento. Mediante este programa se desarrollarán las siguientes estrategias:

Plan de Desarrollo 2016 – 2019
Hospital General de Medellín “Luz Castro de Gutiérrez”

- Promoción de la afiliación a la seguridad social buscando cobertura universal en el aseguramiento.
- Apoyo a la Red Pública Hospitalaria del Departamento, con inversiones en infraestructura física, dotación de equipos de alta tecnología e instauración del programa de telemedicina.
- Dotar a los municipios con mayor dispersión geográfica con apoyo de “Unidades Móviles de Atención Extramural”, para realizar atención de salud en las veredas.
- Creación del programa departamental de Especialidades de Salud: “El Especialista en su Municipio”.
- Fortalecer las capacidades de gestión en salud para que satisfaga las necesidades, tanto de la comunidad rural como urbana.
- Con acciones propias de inspección y vigilancia, y de gestión de recursos, se apoyara a las administraciones municipales y a la Empresas Sociales del Estado para que alivien la situación financiera y mejoren el riesgo fiscal.
- Promover que las ESE descentralicen sus servicios de salud en compañía de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio - EAPB, para que sea el Estado el que llegue a las veredas y los barrios de nuestros municipios a prestar los servicios de salud.
- Acompañamiento a los laboratorios municipales para que mejoren sus capacidades de diagnóstico, a través de modelos de negocios rentables a escala, de manera que las Empresas Sociales del Estado puedan optimizar los recursos y tiempos de espera de los resultados.
- Se avanzará en la revisión de las políticas de Talento Humano en salud para que éstas apoyen las diferentes estrategias propias del sector.
- Se generaran los mecanismos para recuperar la confianza y la legitimidad en el sistema.
- Se fortalecerán las medicinas tradicionales para que las comunidades indígenas tengan acceso a éstas e incluso se les apoyará para garantizar la integridad de las personas.
- Se ajustara el marco regulatorio que la Nación les hará a las asociaciones público privadas (APP) para impulsar la utilización de este esquema de contratación en los

entes territoriales, en sectores sociales de cara al postconflicto tales como la salud y, en especial, la infraestructura hospitalaria, manteniendo siempre su carácter público.

Contando con tres objetivos generales:

- Objetivo General 1: Fortalecer la capacidad de gestión administrativa y financiera para contribuir en la estabilidad de la prestación de los servicios de salud.
- Objetivo General 2: Garantizar a la población del departamento de Antioquia el acceso a los servicios de salud en el contexto del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).
- Objetivo General 3: Fortalecer la capacidad resolutive de los hospitales públicos, teniendo en cuenta su sostenibilidad financiera.

- Programa 4. Seguridad alimentaria y nutricional en la población vulnerable- MANÁ

Objetivo General: Contribuir con el mejoramiento de la malnutrición por déficit, exceso y carencia específica en los diferentes grupos poblacionales del Departamento de Antioquia.

Este programa busca el mejoramiento de la seguridad alimentaria y nutricional de la población vulnerable del Departamento. Con estrategias orientadas a mejorar la disponibilidad y acceso de las familias principalmente las vulnerables, víctimas y cesantes del conflicto. Con alimentos inocuos, suficientes en cantidad y de calidad nutricional.

2.11.3 Plan de Desarrollo “Medellín cuenta con vos” ¹²

El Plan de Desarrollo “Medellín Cuenta con vos” del señor Alcalde Federico Gutiérrez Zuluaga incluye los siguientes principios o líneas de trabajo que regirán la creación y seguimiento de las acciones a implementar:

- Creemos en la confianza ciudadana
- Para recuperar juntos la seguridad y la convivencia ciudadana.
- Para trabajar unidos por un nuevo modelo de equidad social.
- Para ofrecer una educación de calidad y empleo para vos.
- Por una movilidad sostenible.
- Para recuperar el centro y trabajar por nuestros territorios.
- Para proteger entre todos el medio ambiente.

¹² Información tomada del Plan de Desarrollo “Medellín cuenta con vos” Federico Gutiérrez Zuluaga, 2016-2019

2.11.3.1 Diagnostico

Un nuevo modelo de equidad social

El Plan de Desarrollo Medellín Cuenta con vos 2016-2019 incorpora la equidad social como un objetivo fundamental, entendiéndola como elemento de cohesión que permite a las personas de la ciudad acceder durante el curso de vida a oportunidades que las lleva a desarrollar su máximo potencial, contribuyendo de esta forma a disminuir las desventajas, la inequidad y la desigualdad.

Bienestar en salud: vivir más y mejor

El acceso al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es uno de los aspectos a tener en cuenta en relación con la capacidad que posee una ciudad para dar respuesta a las necesidades de su población.

Al respecto, y según la información obtenida de la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA)¹³, Medellín registró en 2015 una cobertura del 97,5% en el SGSSS; se destaca que un 71% de las personas afiliadas pertenecen al régimen contributivo.

En relación con la percepción que la población tiene sobre los servicios de salud, la Encuesta de Calidad de Vida muestra que en 2014 un 63.6% de las personas encuestadas expresaron tener una percepción negativa sobre su acceso y un 55.9% la tuvo con relación a la calidad del servicio. Alerta el alto nivel de percepciones negativas en relación al acceso y atención de los servicios de salud, asunto que trasciende la afiliación y que tiene que ver con la respuesta efectiva que el Sistema está ofreciendo a las necesidades de las personas.

Sobre este tema, un estudio realizado en 2014 por la Universidad de Antioquia y la Secretaría de Salud de Medellín, confirmó que según el régimen de afiliación de la población al SGSSS, se presentan diferencias significativas en cuanto el acceso y la calidad de los servicios que la población recibe (incluyendo la derivación a procedimientos complejos). Las barreras más reiterativas se identificaron en el acceso real (trabas administrativas, demora en las autorizaciones, falta de recurso profesional y deficiencias en cuanto infraestructura), y en el acceso potencial (distancias geográficas, contexto y características de la población); además se evidenció una desarticulación entre la atención ofrecida por los programas de intervención colectiva y el aseguramiento de carácter individual.

Oferta del servicio

Medellín cuenta con 850 instituciones habilitadas para la prestación del servicio en salud, de las cuales 457 son para atenciones de baja complejidad (53,8%), 365 para mediana (42,9%), y 28 más (3,3%) para alta. Además, del total de estas instituciones el 77,4% son

¹³ Ministerio de Salud y Protección social – BDUA, información sujeta a ajustes.

privadas con ánimo de lucro, y un 5,6% corresponden a la red pública municipal conformada por dos Empresas Sociales del Estado (ESE): el Hospital General de Medellín y la Empresa Social del Estado Metrosalud, que prestan servicios de primer y segundo nivel en 50 puntos de atención.

En cuanto a camas disponibles, la red de urgencias de la ciudad (en las IPS públicas y privadas) dispuso en 2014 de 941 camas de las cuales 811 (86,0%) fueron para urgencias de personas adultas, y 130 (14,0%) para las pediátricas. Según los estándares internacionales, Medellín debería ofertar 6.000 camas en el servicio de hospitalización (2 a 2,5 por cada 1.000 habitantes), sin embargo, la ciudad cuenta con 5.420 (lo que significa un déficit de 580 camas).

Este déficit sumado al desbalance de oferta y demanda ha generado un fenómeno de congestión en los servicios de urgencias. Por ejemplo, más del 50% de las urgencias son atendidas en el 19% de las IPS de la ciudad (que atienden urgencias de alta complejidad). Lo anterior, evidencia un desbalance entre la consulta por parte de la población y la oferta de red de servicios por parte de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB); donde cerca del 70% de los niños y las niñas, y el 34% de las personas adultas que se han atendido en este tipo de IPS podrían acceder a otras instituciones con niveles más bajos de complejidad.

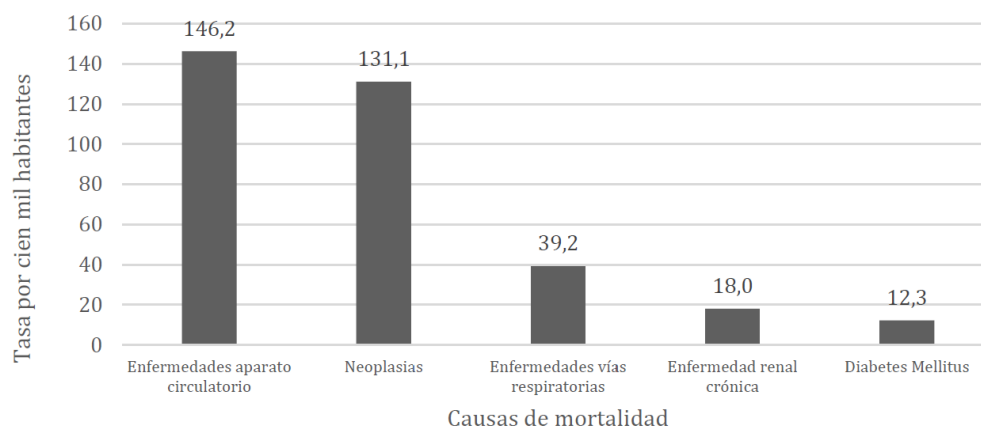
Situación de salud

Uno de los indicadores tradicionales para medir el estado de salud de una población es la esperanza de vida al nacer. En 1995 este indicador se encontraba en 68,36 años, y creció significativamente a 77,08 en 2015 (según sexo el indicador es de 75,53 años para hombres y 78,71 para las mujeres).

Otro indicador relevante son los Años de Vida Potencialmente Perdidos por causa de enfermedad evitable (AVPP), que para 2014 llega a los 9,6 años por cada 100.000 habitantes (sus principales causas fueron el tumor de mama, seguido de las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores y las infecciones respiratorias agudas). Sumado a esto, y con base en un estudio realizado por la Universidad de Antioquia, se identificó que entre el 2006-2012 fueron 7,5 millones los Años de Vida Saludables Perdidos -AVISA-. En este caso los causales fueron las enfermedades no transmisibles y las lesiones generales.

En cuanto a las causas de mortalidad externa, se tiene que en 2014 el primer lugar lo ocuparon las enfermedades crónicas no transmisibles. En hombres y mujeres las enfermedades relacionadas con el aparato circulatorio fueron la causa número uno, con una tasa de mortalidad de 146,2 por cada cien mil habitantes.

Ilustración 24. Mortalidad por causas asociadas a enfermedades no transmisibles, Medellín 2014



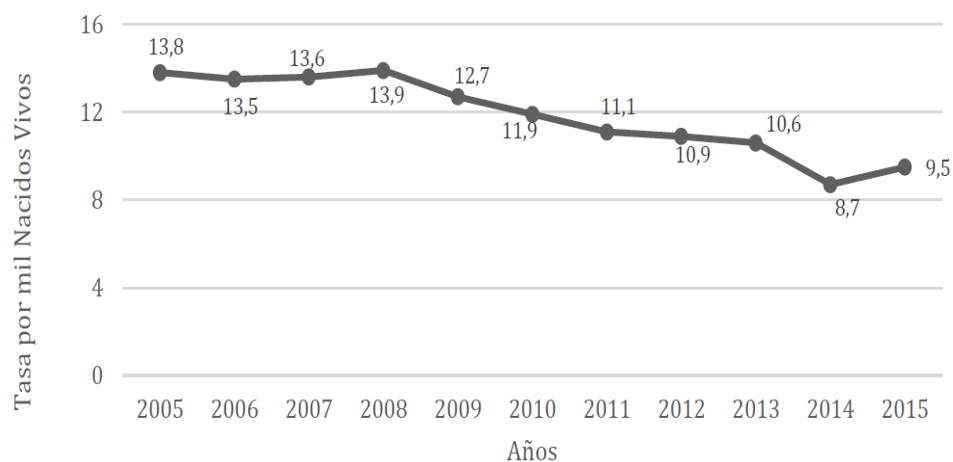
Fuente: Secretaría de Salud de Medellín. Datos preliminares sujetos a cambio

En relación al comportamiento de las enfermedades transmisibles, la ciudad presentó el siguiente comportamiento:

- La mortalidad por infecciones respiratorias agudas presentó una tasa de 22,5 por cada cien mil habitantes para el año 2014, y una tendencia ascendente en los últimos años.
- La mortalidad por enfermedad VIH/SIDA para este mismo año fue de 5,3 muertes por cada cien mil habitantes con una tendencia decreciente, lo que refleja una mayor sobrevivencia de las personas con esta enfermedad (la prevalencia presentó un leve incremento con un valor de 0,33, y la tasa de incidencia fue de 30,6 -todas tasas por cada cien mil habitantes-).
- Para tuberculosis se registró una mortalidad en 2014 de 3,3 por cada cien mil habitantes, con una leve tendencia al aumento si se compara dentro del periodo 2005-2014.
- La mortalidad en menores de un (1) año ha disminuido positivamente, pasando de 11,9 muertes por mil nacidos vivos en 2005 a 8,2, en 2015. Un comportamiento similar se presenta en la mortalidad en menores de cinco años, cuya tasa pasó de 13,8 muertes por cada mil nacidos vivos a 9,5 en el mismo periodo.
- La mortalidad materna por su parte, registró un comportamiento fluctuante con tasas bajas en los años 2013 y 2014, cercanas a 14 por cada mil nacidos vivos, pero una tasa para 2015 de 24,8.

La reducción en muchas de las tasas que hacen referencia a los indicadores trazadores, permitieron a la ciudad cumplir con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), y partir con una línea base positiva hacia el reto de ciudad de cumplir con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

Ilustración 25. Mortalidad por causas asociadas a enfermedades no transmisibles, Medellín 2014.



Fuente: Secretaría de Salud de Medellín. RUAF - DANE, Certificados de Estadísticas vitales. Datos preliminares sujetos a cambio

Finalmente, el comportamiento de la salud mental de la población de Medellín durante 2015, según las variables asociadas al tema y disponibles por la Secretaría de Salud de la ciudad, muestran que:

- La prevalencia de consumo de alcohol hasta la embriaguez en la población de 13 a 18 años fue 6,44 (alcoholismo según la escala de CUSI).
- En promedio el inicio del consumo de marihuana se presentó a los 14 años de edad.
- La prevalencia de consumo de marihuana en población general fue de 7,45%.
- 52,5 personas por cada cien mil habitantes cometieron un intento suicida (con una tasa de mortalidad por suicidio de 5,8 por cada cien mil habitantes).

2.11.3.2 Dimensión: Para trabajar unidos por un nuevo modelo de equidad social

Reto: Medellín para vivir más y mejor

Objetivo: Promover el goce efectivo del derecho a la salud de los ciudadanos, a través del fortalecimiento del acceso a los servicios, la gestión y vigilancia integral de la salud, para vivir más y mejor.

1. Programa: Fortalecimiento del acceso a los servicios de salud

Satisfacer las necesidades de prevención y tratamiento de la enfermedad, de conservación y mejoramiento de la salud: sin barreras, con oportunidad, equidad y calidad, garantizando el derecho fundamental a la salud y a una vida digna, contando con la persona como corresponsable en el autocuidado y en el uso adecuado del Sistema.

- Proyectos:
 - Fortalecimiento de la calidad de los servicios de salud: Fortalecimiento en calidad y humanización, para lo cual la Secretaría de Salud dentro de su competencia dará continuidad a las acciones de asesoría y asistencia técnica relacionada con estos componentes y contenida en el SOGC, en las EAPB e IPS tanto del sector público como privado.
 - Fortalecimiento a la red pública en salud con calidad y humanización: El proyecto busca intervenir las dificultades encontradas en el acceso en los servicios de salud, que se reflejan, entre otras, en la saturación de las unidades de urgencias derivada de la problemática multifactorial que vive actualmente el sector. La estrategia busca fortalecer el primer y segundo nivel de atención de la red pública de prestadores de servicios de salud del municipio, en concordancia con la Política de Atención Integral del Ministerio, que promueve el Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS), las Redes de Atención Integradas y la georreferenciación de los servicios de salud.
 - Gestión de la atención prehospitalaria, urgencias, emergencias y Desastres: Brindar un sistema de atención oportuno y seguro a los servicios hospitalarios, en los eventos ocasionados por accidentes en la vía pública o en caso de emergencia médica; con lo cual se continuará apoyando la gestión del sistema de urgencias, emergencias y desastres de la ciudad durante las 24 horas de los 365 días del año.
 - Gestión del aseguramiento en salud: Se fortalecerá la operación del régimen subsidiado promoviendo la cobertura universal, gestionando el financiamiento según las competencias municipales y desarrollando las acciones de supervisión al aseguramiento subsidiado con énfasis en el acceso, la calidad, la movilidad y la portabilidad.
 - Gestión de la prestación del servicio de salud a la población pobre no afiliada: acceso a los servicios de salud de primer nivel de complejidad para la población pobre y vulnerable no asegurada del Municipio de Medellín.

2. Programa: Gestión de estrategias en salud.

La gestión de estrategias incluye abordaje integral, integrado continuo y de calidad para la población general y poblaciones especiales y en condición de vulnerabilidad, abordando de forma integral las condiciones, modos y estilos de vida con énfasis en las enfermedades crónicas no transmisibles, de alto costo, embarazo en adolescentes, salud mental y adicciones.

Se pretende avanzar, entonces, en la construcción de modelos de atención integral para las poblaciones especiales en el marco de políticas públicas tendientes a mejorar las

condiciones del entorno, con servicios exequibles e incluyentes, de calidad, con disponibilidad, oferta de habilitación basada en las necesidades y características de personas.

- Proyectos:
 - Implementación modelo integral de atención en salud: Modelo de atención en salud MIAS implementado. El modelo pone en el centro a las personas, su bienestar y desarrollo, propone intervenciones que comprenden acciones de promoción de la salud, cuidado, protección específica, detección temprana, tratamiento, rehabilitación y paliación a lo largo del curso de su vida, con oportunidad, aceptabilidad, pertinencia, accesibilidad, eficiencia, eficacia y efectividad.
 - Abordaje integral sociosanitaria para la prevención del embarazo adolescente y la promoción de los derechos sexuales y reproductivos: Servicios amigables implementados para jóvenes y adolescentes de forma integral, tanto en la red pública como privada. Las acciones de prevención se articularán con las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) , sus redes de prestación y otros actores del desarrollo.
 - Abordaje integral de atención sociosanitaria, salud mental y adicciones: Estrategia para la prevención del primer consumo implementada, en este proyecto se desarrollarán acciones de promoción y prevención incluidas en el plan de intervenciones colectivas orientadas a fortalecer la salud mental y disminuir el consumo de sustancias psicoactivas.
 - Abordaje integral sociosanitario para poblaciones especiales: Ruta de atención integral sociosanitarias para la población vulnerable en el marco de políticas públicas tendiente a mejorar las condiciones del entorno con servicios exequibles e incluyentes, de calidad, con disponibilidad, oferta de habilitación basada en las necesidades y características de personas
 - Abordaje integral de atención de las enfermedades crónicas no transmisibles: Entidades administradoras de Planes de beneficios (EAPB) y sus redes de atención para el abordaje integral de las enfermedades crónicas no transmisibles con acompañamiento. A través de este proyecto se fortalecerá la capacidad de respuesta institucional del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

3. Programa: Gobernanza y gobernabilidad para la salud

La gobernanza y gobernabilidad de la Secretaría de Salud de la ciudad de Medellín busca la integración y articulación de las instituciones intersectoriales, sectoriales y transectoriales en un contexto sistémico y planificado, buscando la implementación de un modelo de salud

para la ciudadanía soportado por el principio de la equidad, con compromisos claros para cada uno de los actores que intervienen en el fortalecimiento del sistema.

- Proyectos:
 - Gestión territorial y participación social en salud: Comunas acompañadas en gestión territorial y participación social en salud.
 - Gestión de la información y el conocimiento en salud: se fortalecerán los componentes de manejo de información y datos a través de mejores tecnologías, el repositorio de información como un elemento para la disponibilidad del conocimiento generado interno y externo en salud, y las salas de análisis situacional en salud, un elemento central para la gestión del conocimiento y el abordaje transectorial de las problemáticas. También la investigación en salud pública e innovación social en salud, articulada con la academia y Ruta N dentro del plan de ciencia y tecnología, y finalmente el desarrollo del observatorio como elemento para la apropiación social del conocimiento.
 - Conformación de redes sectoriales, intersectorialidad y transectorialidad: se realizará la gestión, seguimiento y monitoreo de la estrategia de articulación para la intervención de los determinantes de la salud como apropiación del enfoque de salud en todas las políticas, así como el fortalecimiento de las alianzas con diferentes actores locales, nacionales e internacionales.

4. Programa: Vigilancia integral en salud

Las competencias del ente territorial se encuentran la vigilancia en salud como parte del direccionamiento del sector y de su función como autoridad sanitaria, siendo importante para el seguimiento, prevención e intervención de los eventos de interés en salud pública, la carga ambiental de la enfermedad y el acceso efectivo a los servicios en salud. Si bien este programa se constituye en una pieza fundamental del plan Medellín Saludable, el proceso de vigilancia es transversal y se evidencia en cada uno de los proyectos anteriormente expuestos.

- Proyectos:
 - Vigilancia al acceso de los servicios en salud: Realizar la supervisión y vigilancia del acceso efectivo a los servicios de salud de la población del Municipio de Medellín, tanto a la red pública como privada, mediante la implementación del modelo de inspección y vigilancia sobre el acceso a los servicios de salud, en coordinación con la nación, el departamento y el Área Metropolitana.
 - Vigilancia epidemiológica: Incluye el desarrollo de actividades de asesoría y asistencia técnica para garantizar el correcto abordaje de eventos de interés,

actividades de vigilancia epidemiológica en el territorio y control de brotes por medio de la investigación y seguimiento de casos en campo.

- Vigilancia en salud ambiental: fortalecimiento de la investigación relacionada con los diferentes factores de riesgo ambientales. Se trabajará sobre la influencia que tienen los siguientes factores ambientales sobre la salud humana: radiaciones electromagnéticas, cambio climático y contaminación ambiental.

2.12 CONTEXTO MACROECONÓMICO: INDICADORES

Según la información publicada en (Banco de la Republica de Colombia, 2016), para el año 2014 el Producto Interno Bruto (PIB) presentó una variación porcentual de 4,6%, valor ubicado cerca de 2 décimas porcentuales debajo del promedio entre el periodo 2010-2014, evidenciando de esta manera una serie constante de crecimiento porcentual del PIB nacional, tal y como se observa en la tabla 13, a continuación.

Tabla 13. Indicadores macroeconómicos

Indicadores macroeconómicos								
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Promedio
PIB (variación % anual)	4	6,6	4	4,9	4,6			4,82
Exportaciones (variación % anual)	1,3	11,8	6	5,3	-1,7			4,54
Importaciones (variación % anual)	10,8	21,5	9,1	6,4	9,2			11,4
Cuenta fiscal -situación fiscal de GNC- ¹⁴ (variación anual como % PIB)	-3,9	-2,8	-2,3	-2,3	-2,4			-2,74
Desempleo (desocupados ¹⁵ - variación % anual)	11,8	10,8	10,4	9,6	9,1			10,34
Devaluación nominal (variación % anual)	-6,37	1,5	-8,98	8,97	24,17	31,64		8,49
Devaluación real (variación % anual)	-3,93	-1,08	-2,74	6,17	7,67	13,94		3,34
Inflación al consumidor (IPC) (variación % anual)	3,17	3,73	2,44	1,94	3,66	6,77		3,62
Incremento de salario mínimo (variación anual)	3,6	4	5,8	4,02	4,5	4,6	7	4,79

¹⁴ GNC: Gobierno Nacional Central.

¹⁵ Tasa de desempleo: porcentaje de personas no ocupadas que pertenecen a la población económicamente activa.

Fuente: (Banco de la Republica de Colombia, 2016) y Serie histórica de salario mínimo-Banco de la República de Colombia.

Referente al comercio internacional, la tabla anterior expone que aunque en los últimos años las tasas de devaluación nominal y real han presentado comportamientos positivos y crecientes, la tasa de crecimiento de las exportaciones ha evidenciado un comportamiento negativo, mientras las importaciones han aumentado por encima de los nueve puntos porcentuales, siendo este un resultado económicamente contraintuitivo.

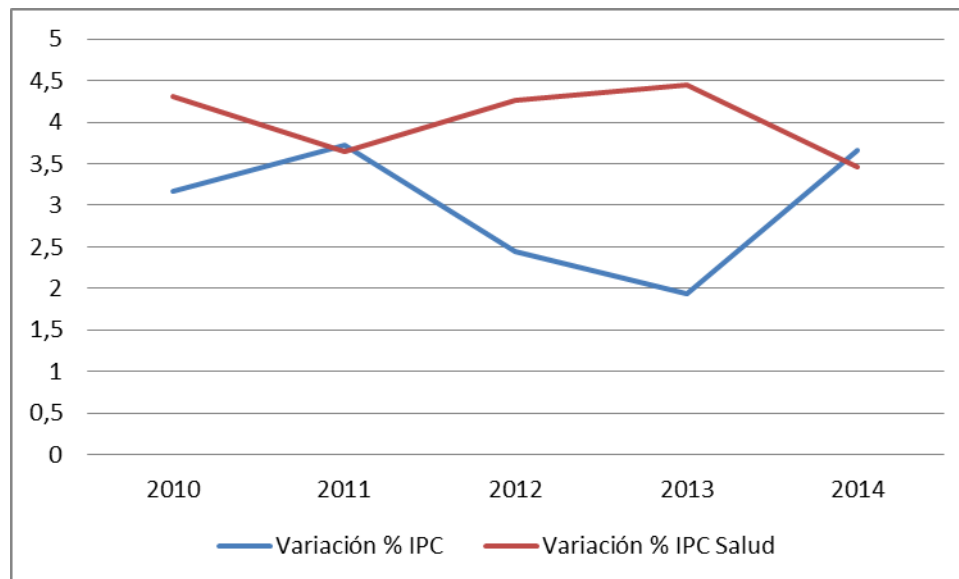
Sobre cuentas fiscales, la situación del Gobierno Nacional ha presentado un déficit para el último año de menor cuantía respecto al promedio entre el periodo 2010-2014. Por su parte, la tasa de desempleo expone un comportamiento decreciente para el periodo mencionado.

Ahora, respecto al nivel de inflación, el Índice de Precios al Consumidor muestra para el año 2015 un valor altamente superior al promedio evidenciado en el periodo 2010-2015. De forma análoga, la variación anual del salario mínimo presenta para el último año un valor por encima al promedio observado.

En suma, este contexto permite evidenciar señales positivas y estables para la economía nacional: con un déficit fiscal estable, tasa de desempleo decreciente, y con indicadores de precios y de salarios crecientes.

Por otra parte, al comparar el IPC con el IPC salud¹⁶, durante el periodo 2010-2014, se observa un comportamiento inverso entre ambas series, tal y como se observa a continuación.

Ilustración 26. IPC vs IPC Salud



Fuente: (Así vamos en Salud, 2016)

¹⁶ IPC Salud: Índice que muestra los cambios de los precios del grupo salud de la canasta básica familiar.

Plan de Desarrollo 2016 – 2019
Hospital General de Medellín “Luz Castro de Gutiérrez”

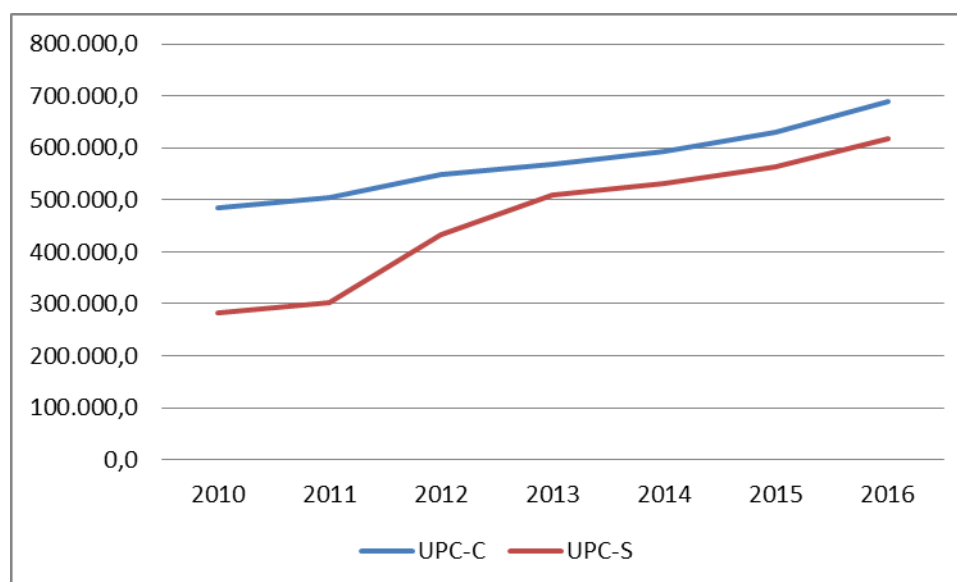
Por su parte, al comparar las Unidades de Pago por Capitación (UPC), tanto del régimen contributivo (C) como del régimen subsidiado (S), se observa que ambas han presentado un comportamiento nominal creciente, en donde además el nivel contributivo ha sido mayor al subsidiado. No obstante a partir del año 2012 se observa una tendencia de reducción de brecha.

Tabla 14. UPC-C vs UPC-S evolución nominal en pesos corrientes

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
UPC-C	485.013,0	505.627,0	547.639,0	568.944,0	593.978,4	629.974,8	689.508,0
UPC-S	281.836,0	302.040,0	433.666,0	508.993,2	531.388,8	563.590,8	616.849,2

Fuente: (*Así vamos en Salud*, 2016)

Ilustración 27. UPC-C vs UPC-S evolución nominal en pesos corrientes



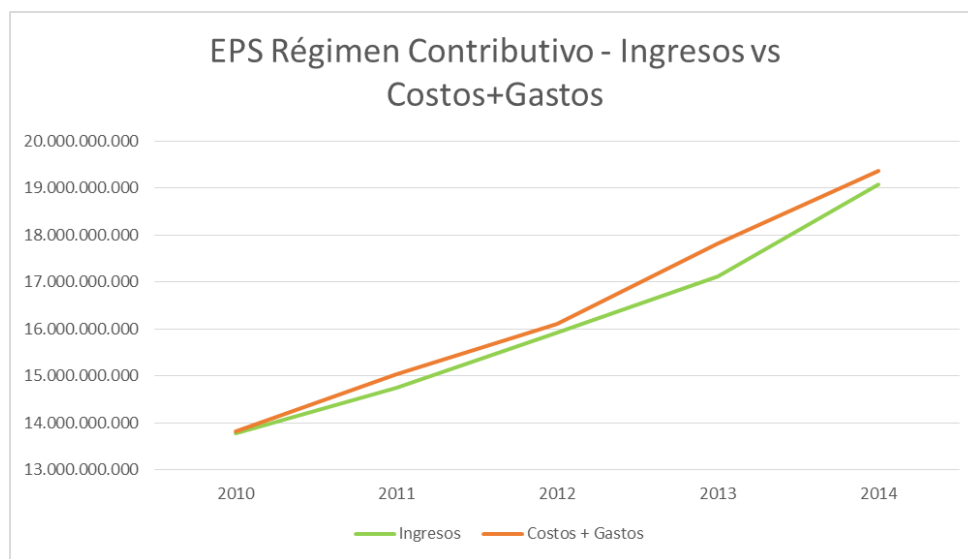
Fuente: (*Así vamos en Salud*, 2016).

2.13 CONTEXTO MACROECONÓMICO: GASTO EN SALUD

- Hay un déficit estructural del sistema, con mayores costos de atención, -egresos- que ingresos.
- Los servicios deben prestarse “Obligatoriamente” y “unos” no son reconocidos por el “Pagador de última instancia” que es el Estado.
- Esta deuda del Estado está en los PyG de las EPS y finalmente se “anida” en las IPS.
- Ambas, EPS e IPS, entran en fallas de prestación de servicios por problemas de liquidez.

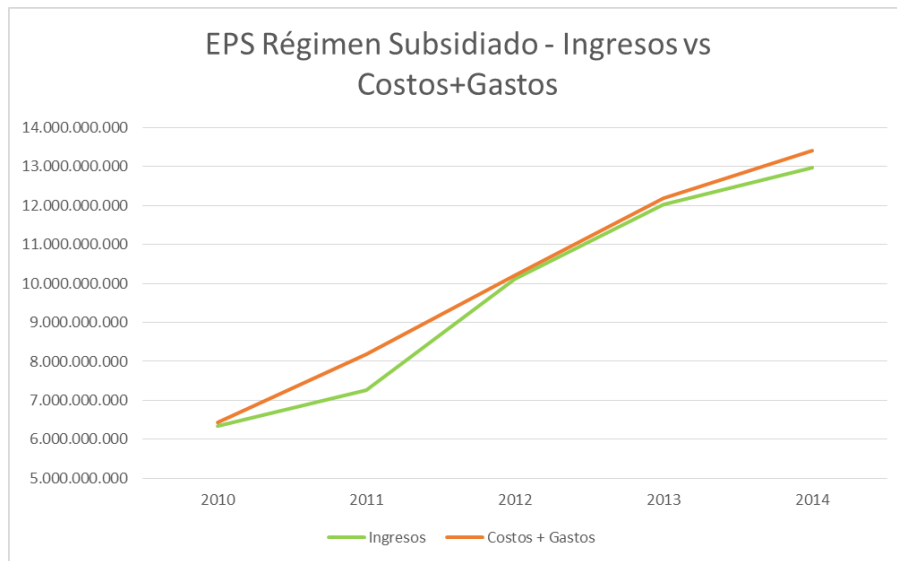
Ilustración 28, los ingresos que las EPS reportan a los entes de control no son suficientes para cubrir los costos y gastos en los que incurren, situación que genera diferentes problemas que se tienen en el sistema.

Ilustración 28. EPS régimen contributivo – ingresos vs. Costos + gastos



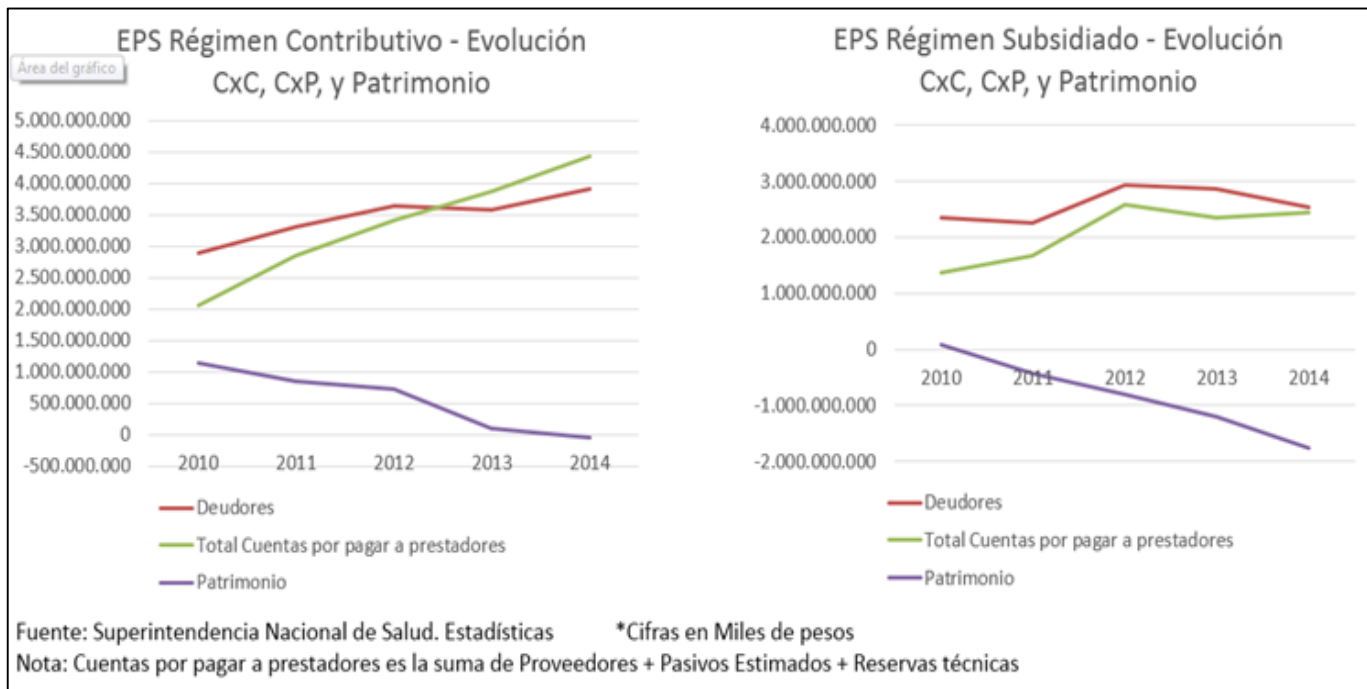
Fuente: Superintendencia Nacional de Salud. Estadísticas **Cifras en Millones de pesos*

Ilustración 29. EPS régimen subsidiado – ingresos vs. costos + gastos



Adicionalmente, en la Ilustración 29 se puede apreciar que en las EPS el crecimiento del total de cuentas por pagar a prestadores evoluciona mucho más rápido que las cuentas por cobrar, lo que aporta al desequilibrio que existe en el sistema con problemas de liquidez. También se evidencia en la misma ilustración lo afectado que se ha visto el patrimonio de estas entidades (y por consecuencia el de las IPS).

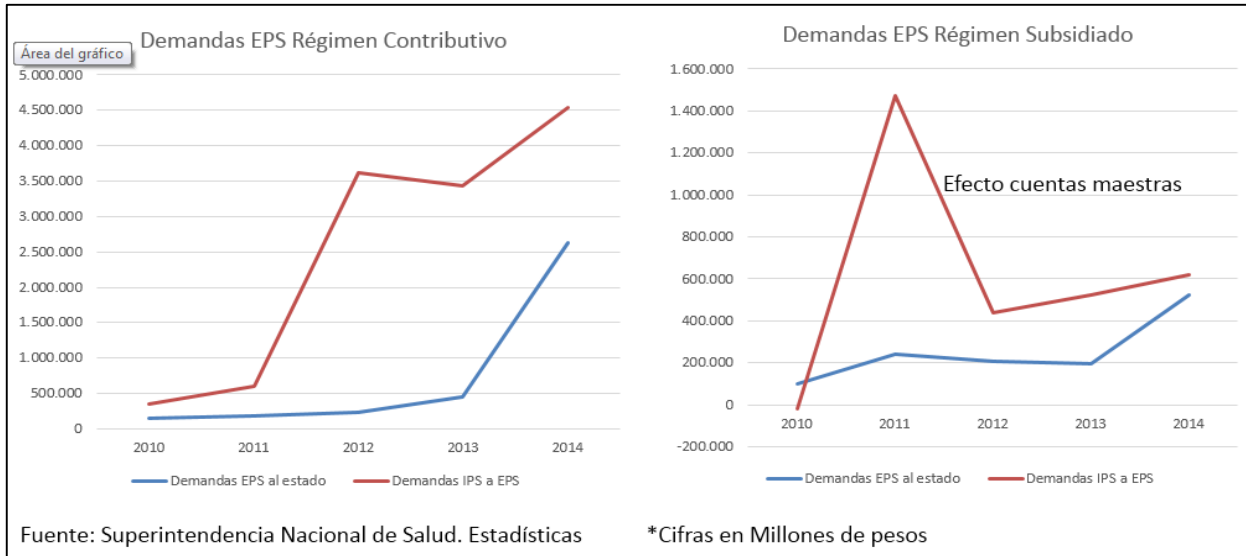
Ilustración 30. EPS: evolución cuentas por cobrar vs. total cuentas por pagar a prestadores vs patrimonio



Plan de Desarrollo 2016 – 2019
Hospital General de Medellín “Luz Castro de Gutiérrez”

Los anteriores problemas llevan a las instituciones a recurrir a demandas (desde las IPS hacia las EPS, y de las EPS al Estado) para exigir los pagos y de esta manera poder sostener su operación (ver ilustración; **Error! No se encuentra el origen de la referencia.** 31), por lo que los mismos problemas anteriores generan otros en un círculo vicioso que va degenerando progresivamente el sistema.

Ilustración 31. Demandas IPS a las EPS y de las EPS al Estado



2.14 MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPYG)

Según (Municipio de Medellín, 2014) el Modelo Integrado de Planeación y Gestión- (MIPYG) busca, con un enfoque de planeación integral, articular el quehacer de las entidades, mediante los lineamientos de cinco políticas de desarrollo administrativo y el monitoreo y evaluación de los avances en la gestión sectorial e institucional.

El modelo contiene cinco políticas de desarrollo administrativo, las cuales rempazan las establecidas por el decreto 3622 de 2005 ampliando su aplicación al ámbito misional, para así lograr una articulación completa que refleje el quehacer de las entidades.

La planeación se constituye en el mecanismo de articulación, a través de sus tres modalidades: Plan Estratégico Sectorial, Plan Estratégico Institucional, y Plan de Acción Anual. Por lo tanto, a través de la planeación integral se busca simplificar y racionalizar la labor de las entidades en la generación y presentación de planes, reportes e informes.

Estos planes se convierten en la gran sombrilla que recoge los requerimientos de otras políticas, estrategias e iniciativas de gobierno, sin desconocer que muchas de ellas poseen metodologías e instrumentos propios.

Ilustración 32. Modalidades de la planeación



El Gobierno Nacional decidió adoptar, por medio del Decreto 2482 de 2012, el Modelo Integrado de Planeación y Gestión, que permite, a través de una planeación integral, simplificar y racionalizar la labor de las entidades en la generación y presentación de planes, reportes e informes. Dicho decreto establece que sin perjuicio de la autonomía de que gozan las entidades territoriales, estas dispondrán la conformación de comités de desarrollo administrativo y regularán en forma análoga a lo dispuesto para el nivel nacional en esta materia (artículo 20, Ley 489 de 1998).

2.14.1 Objetivos del MIPYG

- a. Simplificar y racionalizar la labor de las entidades en la generación y presentación de planes, reportes e informes.
- b. Armonizar y articular las diferentes estrategias, políticas y planes orientadas al cumplimiento de la misión y prioridades de gobierno, proporcionando lineamientos para su implementación e inclusión en el ejercicio de la planeación sectorial e institucional, tanto cuatrienal como anual.

2.14.2 Elementos

El Modelo Integrado de Planeación y Gestión, contempla los siguientes elementos (Ver ilustración 33):

- **Referentes-insumos:** punto de partida para la construcción de la planeación, incluyen las metas de gobierno establecidas en el Plan Municipal de Desarrollo, los planes de largo plazo (Plan estratégico de ciudad¹⁷, POT¹⁸ y sus instrumentos de planificación complementarios, y planes sectoriales temáticos¹⁹), las necesidades del nivel territorial²⁰, las competencias normativas asignadas a cada entidad y el marco fiscal (Ley 819 de 2003²¹).
- **Políticas de Desarrollo Administrativo:** conjunto de lineamientos que orientan a las entidades en el mejoramiento de su gestión para el cumplimiento de las metas institucionales y de gobierno, a través de la simplificación de procesos y procedimientos internos, el aprovechamiento del talento humano, el uso eficiente de los recursos administrativos y tecnológicos y el uso racional de los recursos financieros.
- **Metodología:** esquema de planeación articulado, que facilita la implementación de las políticas e iniciativas gubernamentales que estén orientadas a fortalecer el desempeño institucional en procura del cumplimiento de las metas institucionales y de gobierno para la prestación de un mejor servicio al ciudadano.
- **Instancias:** responsables de liderar, coordinar y facilitar la implementación del modelo a nivel sectorial e institucional.
- **Reporte de avances de la gestión:** elemento que permite evaluar el nivel de avance en la implementación del modelo por parte de las dependencias del nivel central y las entidades descentralizadas del municipio, como insumo para el monitoreo, evaluación y control de los resultados institucionales y sectoriales.

¹⁷ Artículo 98 del Decreto municipal 1364 de 2012.

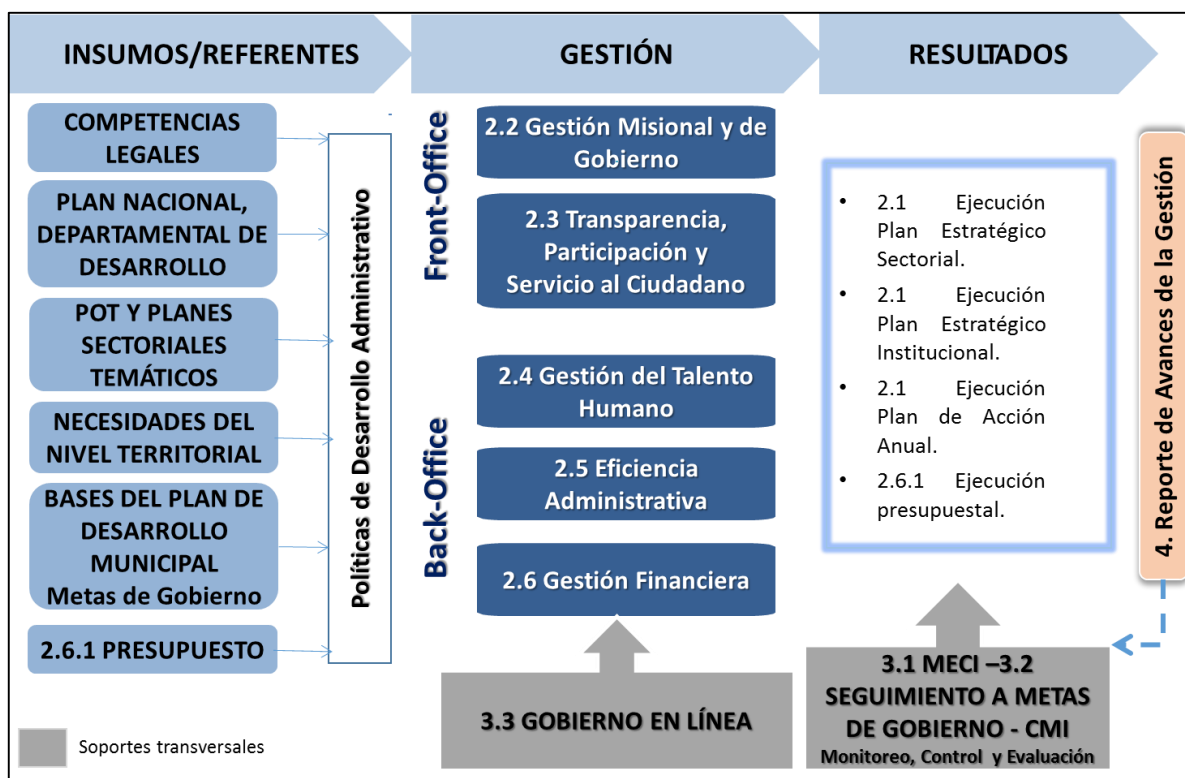
¹⁸ Plan de Ordenamiento Territorial establecido en la Ley 388 de 1997 y Ley 1454 de 2011.

¹⁹ Planes de salud, educación, cultura, entre otros tendientes al desarrollo integral del territorio.

²⁰ Capítulo VIII del Decreto municipal 1364 de 2012.

²¹ Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de presupuesto, responsabilidad y transparencia fiscal y se dictan otras disposiciones. Artículo 5.

Ilustración 33. Representación gráfica del MIPYG



2.14.3 Políticas de desarrollo administrativo

Son cinco las Políticas de desarrollo administrativo del gobierno nacional adaptadas por el Municipio de Medellín para ser implementadas a través de la planeación sectorial e institucional de las entidades:

1. **Gestión misional y de gobierno.** Orientada al logro de las metas establecidas para el cumplimiento de su misión y de las prioridades que el gobierno defina.
2. **Transparencia, participación y servicio al ciudadano.** Orientada a acercar el Estado al ciudadano y hacer visible la gestión pública. Permite la participación activa de la ciudadanía en la toma de decisiones y su acceso a la información, a los trámites y servicios, para una atención oportuna y efectiva.
3. **Gestión del talento humano.** Orientada al desarrollo y cualificación de los servidores públicos buscando la observancia del principio de mérito para la provisión de los empleos, el desarrollo de competencias, vocación del servicio, la aplicación de estímulos y una gerencia pública enfocada a la consecución de resultados.

4. **Eficiencia administrativa.** Orientada a identificar, racionalizar, simplificar y automatizar trámites, procesos, procedimientos y servicios, así como optimizar el uso de recursos, con el propósito de contar con organizaciones modernas, innovadoras, flexibles y abiertas al entorno, con capacidad de transformarse, adaptarse y responder en forma ágil y oportuna a las demandas y necesidades de la comunidad, para el logro de los objetivos del Estado.
5. **Gestión financiera.** Orientada a programar, controlar y registrar las operaciones financieras, de acuerdo con los recursos disponibles de la entidad. Integra las actividades relacionadas con la adquisición de bienes y servicios, la gestión de proyectos de inversión y la programación y ejecución del presupuesto.

Cada política tiene componentes, los cuales deben ser desarrollados a través de la planeación integrada y teniendo en cuenta los lineamientos que los rectores de cada política a nivel nacional y municipal, han definido para su implementación. Dichos lineamientos se convierten en requerimientos concretos que cada una de las dependencias del nivel central y las entidades descentralizadas deben atender, siendo algunos comunes a varias políticas, otros transversales por su injerencia estratégica y otros particulares de una política.

Ilustración 34. Políticas de Desarrollo Administrativo con sus respectivos componentes



Plan de Desarrollo 2016 – 2019
Hospital General de Medellín “Luz Castro de Gutiérrez”

Tabla 15. Requerimientos

Componente	REQUERIMIENTO
2.1. Requerimientos Generales	2.1.1. Conformación de Comités
	2.1.2.1. Formulación del plan estratégico sectorial (cuatrienal)
	2.1.2.2. Formulación del plan estratégico institucional (indicativo cuatrienal)
	2.1.2.3. Formulación del plan de acción anual
	2.1.3. Monitoreo y evaluación de los planes
	2.1.4. Socialización de los planes
	2.1.5. Caracterización de ciudadanos y grupos de interés
	2.1.6. Publicación de Información de la entidad.
	2.1.7. Implementación de una política editorial y de actualización
	2.1.8. Elaboración de políticas de seguridad de la información y manejo de datos personales
2.2. Gestión Misional y de Gobierno	2.2.1. Indicadores y Metas de Gobierno
2.3. Transparencia, participación y servicio al ciudadano	2.3.1. Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano
	2.3.2. Transparencia y acceso a la información pública
	2.3.3. participación ciudadana en la gestión
	2.3.4. Rendición de cuentas a la ciudadanía
	2.3.5. Servicio al Ciudadano
2.4. Gestión del talento Humano	2.4.1. Plan estratégico de recursos humanos
	2.4.2. Plan Anual de Vacantes
	2.4.3. Plan de Capacitación
	2.4.4. Plan Bienestar e Incentivos
2.5. Eficiencia administrativa	2.5.1. Gestión de la Calidad
	2.5.2. Eficiencia Administrativa y Cero Papel
	2.5.3. Racionalización de Trámites
	2.5.4. Modernización Institucional
	2.5.5. Gestión de Tecnologías de información
	2.5.6. Gestión Documental
2.6. Gestión Financiera	2.6.1. Programación y Ejecución Presupuestal
	2.6.2. Programa Anual Mensualizado de Caja - PAC
	2.6.3. Formulación y seguimiento a Proyectos de Inversión
	2.6.4. Plan Anual de Adquisiciones (PAA)
3. Soportes transversales	3.1. MECI - Modelo estándar de control interno
	3.2. Seguimiento a metas de gobierno
	3.3. Gobierno en línea

2.14.4 Resultados informe de diagnóstico MIPYG

Ahora, en el informe de diagnóstico – modelo integrado de planeación y gestión – MIPYG²², elaborado por (Alcaldía de Medellín, 2014), se evidencia el estado del arte de los sectores administrativos, en cuanto al nivel de avance en la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPYG del Municipio de Medellín. Este informe presenta un alcance en la Administración Central del Municipio de Medellín y todas sus entidades descentralizadas directas y las indirectas que voluntariamente decidieron participar.

Para la interpretación de los resultados obtenidos en los requerimientos generales, se adoptaron los niveles empleados por el Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP en la evaluación del Modelo Estándar de Control Interno en el año 2013:

NIVEL	DESCRIPCIÓN	PORCENTAJE OBTENIDO
INICIAL	Evaluar el avance del sistema de desarrollo administrativo de las Entidades mediante la determinación de niveles de madurez, basados en la estructura del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, que permitan establecer acciones de mejora con el fin de fortalecer el Desarrollo Administrativo.	0% - 10%
BÁSICO	El Modelo Integrado de Planeación y Gestión se cumple de manera primaria. La entidad cumple las funciones que la ley le exige, pero no tiene en cuenta la voz de la ciudadanía ni de sus servidores. Los datos de seguimiento y revisión del Modelo son mínimos.	11% - 35%
INTERMEDIO	El Modelo Integrado de Planeación y Gestión se cumple, pero con deficiencias en cuanto a la documentación o a la continuidad y sistemática de su cumplimiento, o tiene una fidelidad deficiente con las actividades realmente realizadas. Se deberán solucionar las deficiencias urgentemente, para que el Sistema sea eficaz.	36% - 65%
SATISFACTORIO	El Modelo Integrado de Planeación y Gestión se cumple, se toman acciones derivadas del seguimiento y existe tendencia a mantenerlo.	66% - 90%

²² La información suministrada en éste apartado se ha extraído de (Alcaldía de Medellín, 2014).

Plan de Desarrollo 2016 – 2019
Hospital General de Medellín “Luz Castro de Gutiérrez”

NIVEL	DESCRIPCIÓN	PORCENTAJE OBTENIDO
AVANZADO	Se gestiona de acuerdo con el MIPYG, y son ejemplo para otras entidades del sector. El nivel de satisfacción de las partes interesadas se mide continuamente y se toman decisiones a partir del seguimiento y de la rendición de cuentas. Se mide la percepción ciudadana y se mejora continuamente para optimizarla. La administración de los riesgos, en especial de corrupción es eficiente y mantiene a la entidad cubierta ante amenazas.	91% - 100%

Referente a los resultados encontrados es válido aclarar que los requerimientos o aspectos indagados que no fueron respondidos por las entidades, se consideraron que no cumplen con el requerimiento o aspecto evaluado, asignándosele un puntaje de cero por ciento de avance. Igual criterio se aplicó cuando se obtenía una respuesta negativa al aspecto evaluado.

Aclarado lo anterior, los resultados generales que se encontraron se resumen por sector administrativo en la **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.6**, en donde se evidencia que los sectores de Salud, Inclusión y Familia han obtenido resultados satisfactorios. Ahora, las entidades que participaron en éste estudio son Metrosalud E.S.E y Hospital General de Medellín Luz Castro de Gutiérrez-HGM, quienes presentaron los resultados consolidados presentados en la **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.35**.

Tabla 16. MIPYG - Resultados obtenidos por sector

Sectores administrativos (Decreto 1364 de 2012)	Resultado MIPYG	Interpretación
CTI, Desarrollo Económico, internacionalización y APP	43,8%	Intermedio
Educación, Cultura, Participación, Recreación y Deporte	72,2%	Satisfactorio
Gobernabilidad, Seguridad y Servicio a la Ciudadanía	54,4%	Intermedio
Hábitat, Movilidad, Infraestructura Sostenibilidad	54,0%	Intermedio
Salud, Inclusión y Familia	70,4%	Satisfactorio

Plan de Desarrollo 2016 – 2019
Hospital General de Medellín “Luz Castro de Gutiérrez”

Ilustración 35. Resultados diagnóstico sector Salud, inclusión y familia.

MIPYG 70,4% Satisfactorio	2.1 REQUERIMIENTOS GENERALES	2.1.1 CONFORMACIÓN DE COMITES	62,5%	Intermedio
	61,3%	2.1.2 FORMULACIÓN Y EVALUACIÓN DE PLANES	82,6%	Satisfactorio
	Intermedio	2.1.3 CARACTERIZACIÓN DE CIUDADANOS Y GRUPOS DE INTERÉS	100,0%	Avanzado
		2.1.4 PUBLICACIÓN DE LA INFORMACIÓN DE LA ENTIDAD	72,6%	Satisfactorio
		2.1.5 POLÍTICA EDITORIAL Y DE ACTUALIZACIÓN	0,0%	Inicial
		2.1.6 POLÍTICAS DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN Y MANEJO DE DATOS PERSONALES	50,0%	Intermedio
	2.2 GESTIÓN MISIONAL Y DE GOBIERNO	2.2.1 INDICADORES Y METAS DE GOBIERNO	66,7%	Satisfactorio
	66,7%			
	Satisfactorio			
	2.3 TRANSPARENCIA, PARTICIPACIÓN Y SERVICIO AL CIUDADANO	2.3.1 PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO	83,3%	Satisfactorio
	82,4%	2.3.2 TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN	100,0%	Avanzado
	Satisfactorio	2.3.3 PARTICIPACIÓN CIUDADANA	77,1%	Satisfactorio
		2.3.4 RENDICIÓN DE CUENTAS A LA CIUDADANÍA	65,0%	Intermedio
		2.3.5 SERVICIO AL CIUDADANO	86,7%	Satisfactorio
	2.4 GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	2.4.1 PLAN ESTRATÉGICO DE RRHH	50,0%	Intermedio
	87,5%	2.4.2 PLAN ANUAL DE VACANTES	100,0%	Avanzado
	Satisfactorio	2.4.3 CAPACITACIÓN	100,0%	Avanzado
		2.4.4 BIENESTAR E INCENTIVOS	100,0%	Avanzado
	2.5 EFICIENCIA ADMINISTRATIVA	2.5.1 GESTIÓN DE LA CALIDAD	75,0%	Satisfactorio
	61,4%	2.5.2 EFICIENCIA ADMINISTRATIVA Y CERO PAPEL	80,0%	Satisfactorio
	Intermedio	2.5.3 RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES	13,3%	Básico
		2.5.4 MODERNIZACIÓN INSTITUCIONAL	75,0%	Satisfactorio
		2.5.5 GESTIÓN DE TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN	50,0%	Intermedio
		2.5.6 GESTIÓN DOCUMENTAL	75,0%	Satisfactorio
	2.6 GESTIÓN FINANCIERA	2.6.1 PROGRAMACIÓN Y EJECUCIÓN PRESUPUESTAL	100,0%	Avanzado
	62,5%	2.6.2 PROGRAMA ANUAL MENSUALIZADO DE CAJA	0,0%	Inicial
	Intermedio	2.6.3 FORMULACIÓN Y SEGUIMIENTO A PROYECTOS DE INVERSIÓN	100,0%	Avanzado
		2.6.4 PLAN ANUAL DE ADQUISICIONES	50,0%	Intermedio
	3. SOPORTES TRANSVERSALES	3.1 MECI	78,3%	Satisfactorio
	71,1%	3.2 SEGUIMIENTO A METAS DE GOBIERNO	50,0%	Intermedio
	Satisfactorio	3.3 GOBIERNO EN LÍNEA	85,0%	Satisfactorio

El grafico anterior permite afirmar que los indicadores con calificaciones en un nivel Inicial son los asociados a *Política editorial y de actualización*, y el *Programa anual mensualizado de caja*, el primero asociado a los Requerimientos Generales, mientras el segundo hace parte de la Gestión Financiera. Así mismo, el requerimiento con mayor calificación fue *Gestión del talento humano* (87,5% Satisfactorio), obteniendo en tres de sus cuatro componentes una calificación de 100%.

Por su parte, los resultados específicos asociados al Hospital General (ver **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**) exponen que los indicadores con menores calificaciones son: *Política editorial y de actualización*, *Políticas de seguridad de la información y manejo de datos personales*, *racionalización de trámites*, y *Programa anual mensualizado de caja*. De éstos indicadores, los dos primeros hacen parte de los Requerimientos generales, mientras el tercero y cuarto se refieren a la Eficiencia administrativa y la Gestión financiera, respectivamente.

Plan de Desarrollo 2016 – 2019
Hospital General de Medellín “Luz Castro de Gutiérrez”

Ilustración 36. Resultados diagnóstico Hospital General de Medellín Luz Castro de Gutiérrez

MIPYG 67,1% Satisfactorio	2.1 REQUERIMIENTOS GENERALES 48,9% Intermedio	2.1.1 CONFORMACIÓN DE COMITES 25,0% Básico
		2.1.2 FORMULACIÓN Y EVALUACIÓN DE PLANES 98,6% Avanzado
		2.1.3 CARACTERIZACIÓN DE CIUDADANOS Y GRUPOS DE INTERÉS 100,0% Avanzado
		2.1.4 PUBLICACIÓN DE LA INFORMACIÓN DE LA ENTIDAD 69,8% Satisfactorio
		2.1.5 POLÍTICA EDITORIAL Y DE ACTUALIZACIÓN 0,0% Inicial
		2.1.6 POLÍTICAS DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN Y MANEJO DE DATOS PERSONALES 0,0% Inicial
	2.2 GESTIÓN MISIONAL Y DE GOBIERNO 66,7% Satisfactorio	2.2.1 INDICADORES Y METAS DE GOBIERNO 66,7% Satisfactorio
	2.3 TRANSPARENCIA, PARTICIPACIÓN Y SERVICIO AL CIUDADANO 78,8% Satisfactorio	2.3.1 PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO 66,7% Satisfactorio
		2.3.2 TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN 100,0% Avanzado
		2.3.3 PARTICIPACIÓN CIUDADANA 87,5% Satisfactorio
		2.3.4 RENDICIÓN DE CUENTAS A LA CIUDADANÍA 60,0% Intermedio
		2.3.5 SERVICIO AL CIUDADANO 80,0% Satisfactorio
	2.4 GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO 100,0% Avanzado	2.4.1 PLAN ESTRATÉGICO DE RRHH 100,0% Avanzado
		2.4.2 PLAN ANUAL DE VACANTES 100,0% Avanzado
		2.4.3 CAPACITACIÓN 100,0% Avanzado
		2.4.4 BIENESTAR E INCENTIVOS 100,0% Avanzado
	2.5 EFICIENCIA ADMINISTRATIVA 56,7% Intermedio	2.5.1 GESTIÓN DE LA CALIDAD 100,0% Avanzado
		2.5.2 EFICIENCIA ADMINISTRATIVA Y CERO PAPEL 100,0% Avanzado
		2.5.3 RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES 6,7% Inicial
		2.5.4 MODERNIZACIÓN INSTITUCIONAL 50,0% Intermedio
		2.5.5 GESTIÓN DE TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN 33,3% Básico
		2.5.6 GESTIÓN DOCUMENTAL 50,0% Intermedio
	2.6 GESTIÓN FINANCIERA 62,5% Intermedio	2.6.1 PROGRAMACIÓN Y EJECUCIÓN PRESUPUESTAL 100,0% Avanzado
		2.6.2 PROGRAMA ANUAL MENSUALIZADO DE CAJA 0,0% Inicial
		2.6.3 FORMULACIÓN Y SEGUIMIENTO A PROYECTOS DE INVERSIÓN 100,0% Avanzado
		2.6.4 PLAN ANUAL DE ADQUISICIONES 50,0% Intermedio
	3. SOPORTES TRANSVERSALES 56,3% Intermedio	3.1 MECI 90,9% FALSO
		3.2 SEGUIMIENTO A METAS DE GOBIERNO 50,0% Intermedio
		3.3 GOBIERNO EN LÍNEA 28,0% Básico

Es importante mencionar que de los resultados antes descritos, dos están alineados con los resultados consolidados previamente, específicamente los referidos a *Política editorial y de actualización*, y el *Programa anual mensualizado de caja*. Así mismo, el requerimiento general con mayor calificación fue Gestión del talento humano, siendo esto perfectamente compatible con los resultados consolidados en el diagnóstico sector Salud, inclusión y familia.

CAPÍTULO. 3. METODOLOGÍA

3.1 CONTEXTO Y MARCO METODOLÓGICO

La formulación del plan estratégico 2016-2027 del Hospital General de Medellín Luz Castro de Gutiérrez se centra en alinear su operación hacia unos criterios estratégicos, definidos a partir de los antecedentes del Hospital y del análisis de factores externos e internos identificados, integrando elementos resultantes de diferentes ejercicios con los actores de interés y priorizando las acciones resultantes, de manera que se tengan propósitos claros y se puedan alcanzar los objetivos definidos para este plan.

El plan estratégico fue desarrollado en pasos lógicos, con una participación activa y muy significativa del equipo directivo del Hospital, y con referentes de los demás actores de interés, quienes colaboraron conjuntamente para organizar y priorizar las temáticas de mayor importancia para el Hospital hoy y en el futuro.

Se definieron a partir de análisis realizados: la misión, la visión, la propuesta de valor, los principios y valores, los objetivos estratégicos de largo plazo, los cuales fueron abordados como temas estratégicos, desarrollados a través de análisis prospectivos y enmarcados con la metodología de Cuadro de Mando Integral, que permite planear de una forma más holística teniendo en cuenta diferentes perspectivas.

Del cuadro de mando se despliegan elementos como los proyectos estratégicos, que se agrupan en programas y que describen el camino que deben tomar las acciones que van a modificar las políticas y métodos del Hospital para integrarse a los nuevos paradigmas propuestos por el presente plan, siendo el de especial consideración la gestión de proyectos.

La gestión de proyectos en el proceso de planeación estratégica implica varios retos dado que se sabe que durante todo el tiempo que ha sido manejado por programas han tenido un gran éxito y ha logrado posicionar al Hospital como uno de los más importantes de América Latina. Este nuevo enfoque obedece a la necesidad de alineación de las actividades de la organización a una estrategia entendida como el elemento diferenciador que le permitirá posicionarse en el medio como un hospital ejemplar y que marca pautas para el sector de la salud.

La siguiente tabla muestra los pasos generales y sus elementos:

Ilustración 37. Metodología. Paso a Paso

¿Qué?	¿Cómo?	¿Quién?	Resultado
Direccionamiento Estratégico	<ul style="list-style-type: none"> Entrevistas a profundidad Encuestas Online a Empleados y Usuarios 	<ul style="list-style-type: none"> - 45 Entrevistas a Profundidad - 95 personas internas y externas - 34 Usuarios y 52 Empleados 	Priorización inicial de áreas y Propuesta de Valor ¿Innovar?, ¿Crecer?, ¿Optimizar?
Priorización	Taller de Priorización	Equipo Directivo HGM	Priorización de los elementos del Direccionamiento Estratégico
Análisis del HGM	Análisis basado en modelos dinámicos	PhD. Diego Gómez	Análisis de Alto Nivel
FLOR - Brechas	Entrevistas a profundidad	Líderes de cada proceso	Análisis interno
Prospectiva	Taller escenarios	Equipo Directivo HGM Expertos: Nancy Kiernan, PhD. Javier Medina, PhD. Diego Gómez	Escenarios Apuesta
Plataforma Estratégica	Talleres de Priorización	Equipo Directivo HGM (Extendido)	Misión, Visión, Propuesta de Valor, Mega, Objetivos Estratégicos (Iniciales)
Elementos Estratégicos	<ul style="list-style-type: none"> Encuestas Online Talleres de priorización 	Equipo Directivo HGM (Extendido)	Objetivos estratégicos definitivos. Avance en definición de factores clave de éxito, indicadores, metas y proyectos
Proyectos	Reuniones	Equipo Directivo HGM	Definición de proyectos por cada objetivo estratégico
Acciones	Reuniones, Consultas en línea	Equipo Directivo HGM	Definición de acciones para cada proyecto

Los anteriores elementos son explicados con mayor detalle en los siguientes informes²³:

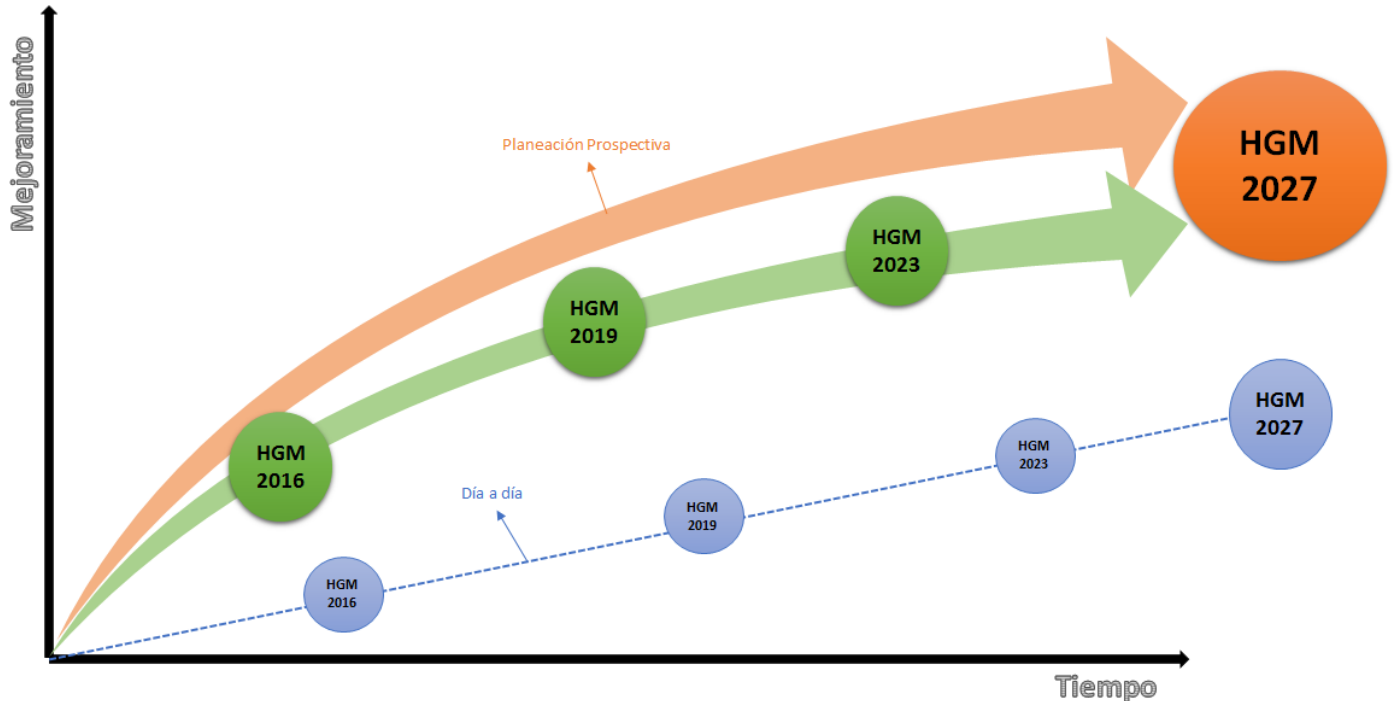
- Entregable 1.1. Análisis de alto nivel de la situación general del Hospital
- Entregable 1.2. Direccionamiento del ejercicio de planeación – Apuestas iniciales
- Entregable 2.1. Análisis de procesos (Fortalezas, limitantes, oportunidades y retos – FLOR)
- Entregable 2.2. Identificación de brechas
- Entregable 2.3. Taller de prospectiva

Los últimos elementos (Proyectos y acciones) están contemplados en el presente documento.

3.1.1 Metodología de planeación prospectiva

El proceso de direccionar las acciones de una organización hacia unos lineamientos estratégicos puede tomar diversos caminos de acuerdo a las decisiones que se tomen. En la ilustración 38, se pueden apreciar elementos específicos para el Hospital General de Medellín que pueden describir los caminos a tomar:

Ilustración 38. Metodología de planeación prospectiva



²³ Dichos informes se encuentran en la oficina de Calidad y Planeación del HGM.

1. Línea Azul: Gestión del día a día.
2. Línea Verde: Elementos de seguimiento y control a la operación direccionados a unos objetivos estratégicos de mejoramiento. En el caso del Hospital partiría de la evaluación de los planes de desarrollo y su seguimiento con planes de acción (si sólo se consideraran dichos elementos).
3. Línea Naranja: Planeación prospectiva que contempla de manera holística los elementos enunciados en los dos puntos anteriores, y que adicionalmente se apoya en proyectos estratégicos. En esta línea se desarrollan análisis internos y externos, análisis del sector y de las implicaciones que pueden tener varios factores sobre la operación y éxito del Hospital.

Mediante análisis de escenarios se estableció la “visión” u objetivo: “HGM 2027” y se definieron los “proyectos” y “acciones de mejoramiento” que nos llevarán a construir ese Hospital deseado.

Para definir los proyectos y acciones de mejoramiento se hizo lo siguiente:

- Se estableció la dirección que se le quiere dar al Hospital
- Se definió la apuesta inicial y la propuesta de valor
- Se estudió la dinámica de transformación de los hospitales y del sistema
- De acuerdo a las anteriores dinámicas, se realizó un taller participativo de escenarios donde se definieron los escenarios posibles, el escenario objetivo y las restricciones a resolver para llegar a ese escenario.
- Luego de tener esa visión HGM 2027 (ese objetivo), se redefinen y alinean la “misión”, “visión”, “principios”, “valores”, “propuesta de valor”, “mega”, “objetivos estratégicos”, “programas”, y “proyectos”.

Para la elaboración plan estratégico 2016 – 2027 se diseñaron unos escenarios al 2027, los cuales pretenden ser alcanzados con una estrategia que no se logra únicamente con un seguimiento minucioso. Se trabajó en análisis internos y externos que resultaron en estrategias y definición de objetivos, proyectos y acciones.

En consecuencia, la nueva propuesta es integrar elementos que ayuden a gestionar la estrategia de manera holística, alcanzando la línea naranja de la ilustración **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**³⁸ que corresponde a la planeación prospectiva abarcando los elementos de seguimiento y control de los planes de desarrollo y la gestión del día a día. Para lograr lo anterior se han definido lineamientos de largo y mediano plazo que se han ido sintetizando y desagregando en elementos como objetivos estratégicos, programas, y proyectos (que se van a seguir desagregando en acciones y actividades). Dichos proyectos serán direccionados por una oficina de gestión de proyectos y administrados por los responsables de la operación del Hospital; y sus resultados serán nuevos servicios, nuevos centros de atención, o modificarán las políticas y procedimientos de los procesos actuales.

3.1.2 Cuadro de Mando Integral (CMI) o Balanced Scorecard (BSC)

EL Balanced Scorecard es una herramienta de gestión que permite controlar el cumplimiento de los objetivos establecidos y tener una visión clara del desarrollo de la estrategia a través de elementos clasificados en perspectivas que agrupan objetivos estratégicos, cada uno con sus factores clave de éxito, metas e indicadores.

La idea es establecer y comunicar la estrategia corporativa de manera que se alineen los recursos y las personas en una dirección determinada, permitiendo que la toma de decisiones se haga de forma más acertada.

3.1.2.1 Perspectivas BSC

Las perspectivas del BSC agrupan y describen los objetivos estratégicos por medio de temáticas que deben ser de especial interés para una organización (además de la financiera). Para el caso del HGM, a partir de las perspectivas genéricas propuestas por Robert Kaplan y David Norton (Kaplan & Norton, 1996), y según la revisión de las ideas de diferentes autores en aplicaciones de BSC en Hospitales (McDonald, 2012) se definieron 5 perspectivas:

- Perspectiva “Nuestros Pacientes”
- Perspectiva “Nuestras Finanzas”
- Perspectiva “Nuestros Personal”
- Perspectiva “Nuestros Procesos”
- Perspectiva “Nuestra Capacidad”

Las perspectivas se listan hacia abajo siendo las primeras las de mayor prioridad, sin dejar de lado las demás, dado que son soporte (son necesarias para lograr las primeras), además todas tienen relaciones de causa-efecto en las que se soportan interdependencias.

3.1.2.2 Consideraciones para la aplicación del BSC

A partir de diferentes estudios realizados en Hospitales que aplicaron el BSC (McDonald, 2012) se encontraron ciertas consideraciones para el diseño del BSC en el sector Salud:

La implementación del BSC en el sector salud tiene unos retos particulares:

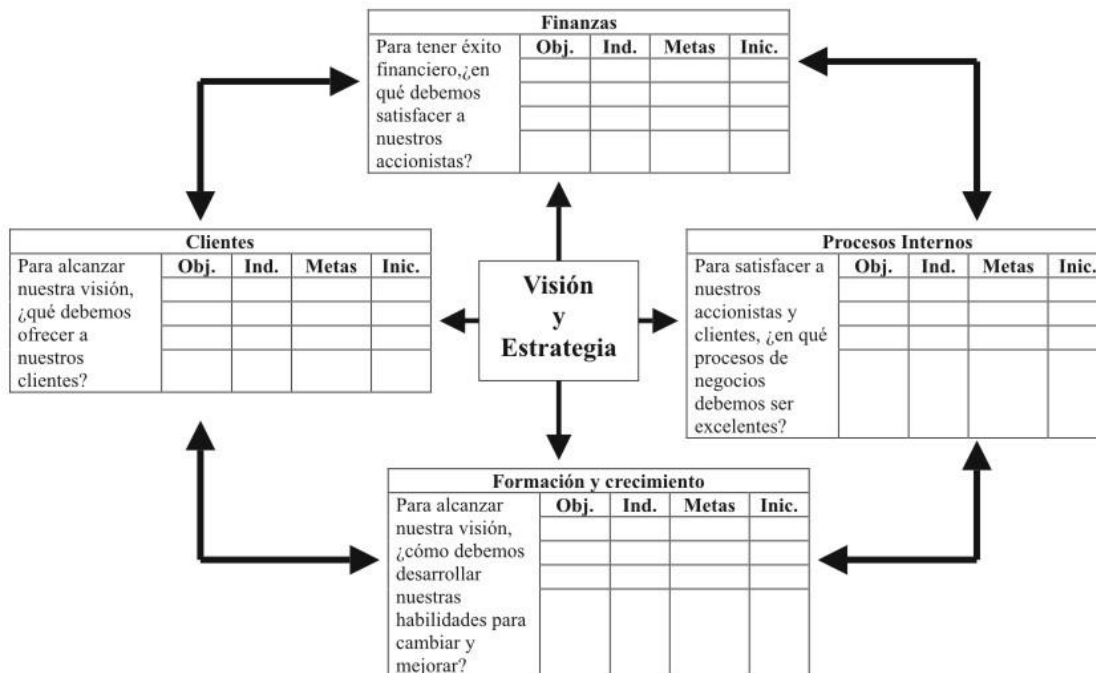
- Tiene muchas partes interesadas (Stakeholders) y es muy extensiva en personas: Pacientes y su familia, la comunidad, el personal interno, las entidades reguladoras, el estado y sus dependencias, universidades, entre otros.
- Disponibilidad finita de recursos en un ambiente de costos que crecen rápidamente.

Plan de Desarrollo 2016 – 2019
Hospital General de Medellín “Luz Castro de Gutiérrez”

- Crecientes demandas de las aseguradoras (y stakeholders en general) para aumentar eficiencias y al mismo tiempo aumentar la calidad del servicio.
- Expectativas crecientes de los pacientes
- Poca oferta de personal calificado en ciertas especialidades, factor que se incrementa en zonas rurales (Problema mencionado en el plan de gobierno, ¿Puede el Hospital aportar por medio de Telesalud?)
- Dificultad para desarrollar y mantener relaciones de trabajo entre los equipos médicos
- Reto de implementar procesos constantes en una organización muy diversa.

En cuanto a las perspectivas (Ilustración 39), las 4 propuestas por Kaplan y Norton (Financiera, Cliente, Interna del negocio, Desarrollo y aprendizaje) parecen ser las más implementadas en Salud, pero aun así hay Hospitales que consideran que el Personal debe ser una perspectiva aparte, dado que el recurso humano es muy crítico en la implementación de la estrategia: Balancear el costo, la calidad y la atención son críticos y dependen de las aptitudes y actitudes del personal.

Ilustración 39. Balanced Scorecard



Fuente: Kaplan RS, Norton DP. Translating Strategy into Action – The Balanced Scorecard.

En la Ilustración 39 se presentan las 4 perspectivas genéricas del Balanced Scorecard. Cada una tiene sus elementos constitutivos:

- Objetivos
- Indicadores
- Metas
- Iniciativas

Para el ejercicio desarrollado en el HGM se definieron los objetivos estratégicos, a los cuales se especificaron unos factores clave, indicadores y metas. Más adelante, se definieron las iniciativas que son los proyectos estratégicos para cada objetivo y que se agruparon en programas.

Observaciones con respecto a las medidas de rendimiento (Indicadores y metas):

- Deberían permitir un proceso de Benchmarking continuo, dado que esto facilita la debida fijación y actualización de las metas del BSC tanto en los indicadores clínicos como en los No clínicos, y que sean elegidos de modo que permitan la oportuna toma de decisiones.
- Deben reflejar la estrategia y el progreso que tienen para alcanzar sus objetivos
- A veces no se conectan debidamente o se definen de manera pobre
- Deben tener una lógica de causa-efecto entre lo que se está implementando y lo que se mide
- Aunque pueden coincidir medidas estratégicas y operativas en el BSC, es importante que las mostradas sean pocas y estratégicas
- Se recomienda ser flexible al escoger las medidas, dado que los problemas de rendimiento pueden cambiar con el tiempo
- La falta de información para algunos indicadores es inevitable, pero es necesario que se gestione la debida recolección de datos

Los siguientes son factores asociados a una implementación exitosa del BSC:

- Desplegar el BSC a las diferentes áreas o módulos de la institución
- Transparencia en los reportes
- Sistemas que soportan la información y entrega de datos con la debida frecuencia en el formato correcto
- Mejora continua y revisión
- Descentralización del desarrollo del BSC a esos más cercanos a la atención clínica
- Soporte e insistencia por parte de administradores.

3.1.3 Mapa estratégico

El mapa estratégico es una herramienta del Balanced Scorecard, y es el marco que agrupa los elementos más importantes de la estrategia de una organización, y que ayuda a comprenderla y difundirla fácilmente.

Para hacer el mapa estratégico se realizaron una serie de talleres con el equipo directivo del Hospital para discutir, revisar y aprobar conceptos tales como:

- Misión
- Visión
- Propuesta de valor
- Mega
- Principios y valores

Además, se revisó cada objetivo y se definieron algunos elementos preliminares (fueron sujetos a posteriores revisiones):

- Factores clave de éxito
- Metas
- Indicadores
- Proyectos estratégicos

3.1.4 Fortalezas, Limitantes, Oportunidades, Retos - FLOR

FLOR es el acrónimo de Fortalezas, Limitantes, Oportunidades y Retos. Conceptualmente se plantea, dentro de la Planeación prospectiva, como una variante de la Matriz DOFA, que genera mayor compromiso en el empleado para su análisis y ejecución de sus planteamientos. También se decide utilizar la FLOR para el estudio porque la mayor parte de los elementos que la componen son factores positivos que han conducido al Hospital General de Medellín a ser uno de los mejores hospitales públicos de América Latina sin descuidar las limitantes.

Por ejemplo, por medio de la FLOR se reconoce que las organizaciones que aprenden son aquellas que visualizan sus escenarios bajo una óptica proactiva, es decir, lo que antes con la Matriz DOFA se planteaba como Debilidades y Amenazas, se resume ahora en un solo componente: RETOS.

3.1.5 Análisis de brechas²⁴

El análisis de brechas es una herramienta de análisis para comparar el estado y desempeño real de una organización, estado o situación en un momento dado, respecto a uno o más puntos de referencia seleccionados de orden local, regional, nacional y/o internacional. El

²⁴ Tomado de “Guía análisis de brechas” Universidad Nacional de Colombia.

resultado esperado es la generación de estrategias y acciones para llegar al referente u objetivo futuro deseado.

Para lo anterior se realizó un acoplamiento entre la información recopilada en el análisis de los procesos, específicamente en la FLOR (Fortalezas, Limitaciones, Oportunidades y Retos) y el taller de escenarios, donde se definieron los elementos que debería tener el HGM al 2027.

CAPÍTULO. 4. RESULTADOS

4.1 DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

Con el objetivo de realizar un estudio de la situación actual del Hospital General de Medellín (HGM), del contexto general del sistema de salud, de la demanda y de la oferta local de salud, se realizaron 49 entrevistas a profundidad (para un total de 96 personas) con diferentes actores internos y externos del Hospital, los cuales se relacionan directa o indirectamente con el Hospital, y adicionalmente se realizaron consultas virtuales a 34 usuarios y 52 empleados. En las entrevistas se preguntaron los siguientes 6 interrogantes claves para direccionar el plan estratégico del Hospital:

1. ¿Cuál debe ser la apuesta del HGM?²⁵
2. ¿En qué áreas médicas debe enfocarse el HGM?
3. ¿El HGM debe Crecer? ¿Cuánto? ¿Cómo? ¿Cómo debe responder el HGM a la nueva competencia?
4. ¿El HGM debe Innovar? ¿En qué dirección? ¿Debe realizar nuevos servicios potenciados desde la actual vocación de urgencias? O ¿Nuevos servicios de enfermedades crónicas? ¿Debe crear Centros de Excelencia?
5. ¿Se debe realizar una transformación Interna? ¿Cómo se puede optimizar dentro del HGM?
6. ¿Cuál es debe ser la propuesta de valor del HGM para la Ciudad de Medellín para el 2027?

Como complemento a las entrevistas, se realizó un taller con el Equipo Directivo del HGM, llamado “Las Grandes Preguntas”, donde se llegaron a conclusiones importantes para definir la apuesta de valor del HGM. Paralelo a esto se realizaron las encuestas virtuales a usuarios y empleados del Hospital, quienes votaron, según su perspectiva, las mejores alternativas que deberá tener en cuenta el HGM para su Plan Estratégico 2016-2027.

Las entrevistas se agruparon de la siguiente manera:

- 11 entrevistas a personal administrativo del Hospital
- 9 entrevistas a directores de áreas asistenciales del Hospital
- Junta Directiva:
 - Delegado del Señor Alcalde de Medellín
 - Secretario de Salud de Medellín
 - Representante de los Gremios de Producción
 - Representante de los Profesionales de la Salud
 - Representante de la Comunidad.
 - Representante de las Asociaciones Científicas (Rector del CES)
- 11 entrevistas a grupos de especialistas del Hospital

²⁵ Dado que son respuestas muy particulares para cada actor, ver información completa en el documento 1.2.

- Sindicato y fondo de empleados
- Asociación – Expertos:
 - Director de AESA
 - Asesor de acreditación
 - Experto Área Metropolitana
- Asociación usuarios del Hospital
- Cliente:
 - Director Savia
 - Director Coomeva
- Proveedor:
 - ARL SURA
- Universidad:
 - Decano facultad de Medicina – Universidad de Antioquia
 - Decano facultad de Medicina – Universidad Cooperativa de Colombia
 - Decano facultad de Medicina – Universidad CES
- Encuestas virtuales a 34 usuarios
- Encuestas virtuales a 52 empleados del Hospital

4.1.1 Conclusiones entrevistas a profundidad

Los resultados obtenidos en las entrevistas a profundidad en cada una de las preguntas claves, se consolidaron como se muestra a continuación.

4.1.1.1 Áreas Médicas

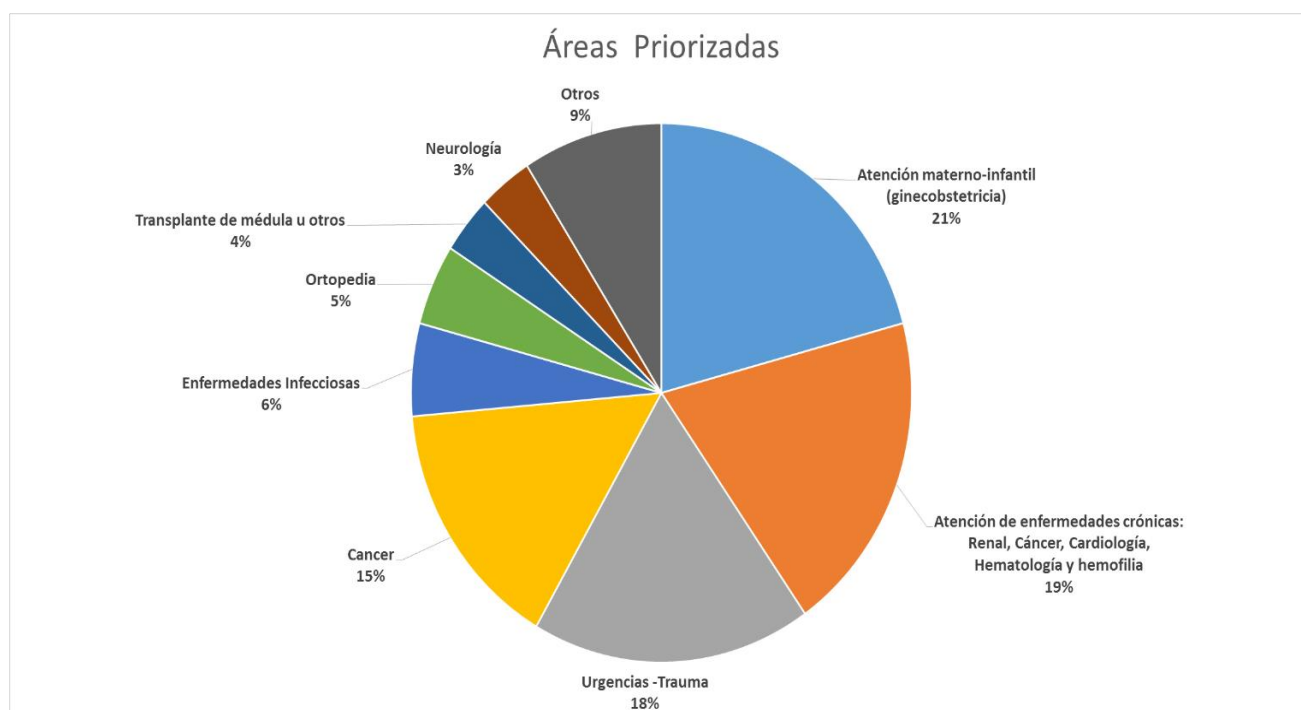
Se observó que las respuestas comunes en la pregunta sobre las áreas médicas en las que se debe enfocar el HGM son las mostradas en la tabla 17.

Tabla 17. Áreas Médicas

<i>Área</i>	<i>%</i>
<i>Atención materno-infantil (ginecobstetricia)</i>	21%
<i>Atención de enfermedades crónicas: Renal, Cáncer, Cardiología, Hematología y hemofilia</i>	19%
<i>Urgencias –Trauma</i>	18%
<i>Cáncer</i>	15%
<i>Otros</i>	9%
<i>Enfermedades Infecciosas</i>	6%
<i>Ortopedia</i>	5%
<i>Trasplante de médula u otros</i>	3%
<i>Neurología</i>	3%
<i>Total</i>	100%

La ilustración 40, muestra las respuestas de manera ilustrativa. Se puede observar que, según las opiniones de las personas entrevistadas, la ginecobstetricia debe seguir siendo la prioridad del HGM. De igual forma, se propone que el Hospital se especialice en la atención de enfermedades crónicas, donde se podría crear un Centro de Excelencia que pueda trabajar en Red con otros hospitales de la ciudad y del país. En tercer lugar se encuentra el enfoque en trauma, donde se espera que el Hospital sea más eficiente y sea referente para otros hospitales, ya que se sueña con un área de urgencias descongestionada, cumpliendo la demanda y resolviendo positivamente todas las situaciones que se presenten. Posteriormente, los entrevistados comentaron sobre el potencial que puede tener el Hospital en el manejo de Cáncer, que pueda tener para el 2027 un manejo integral, con un Centro de Excelencia sólo para este tema y un personal altamente calificado. De igual forma se propone trabajar en enfermedades infecciosas, fortalecer ortopedia y neurología, pensar en trasplante de médula u otro tipo de trasplante. Por último se plantea, aunque en menor medida, pensar en tener un centro integral de servicios ambulatorios, realizar cirugía de Tórax, realizar cirugía mínimamente invasiva, avanzar en medicina nuclear, trabajar en el dolor y salud mental y comenzar rápidamente con laparoscopia avanzada.

Ilustración 40. Consolidado Entrevistas a Profundidad Áreas Médicas



4.1.1.2 Crecimiento

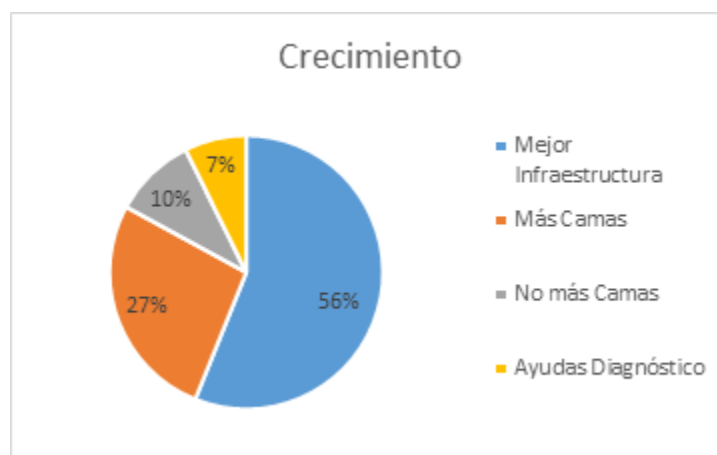
Se observó que las respuestas comunes en la pregunta sobre el crecimiento del HGM son las mostradas en la Tabla 18.

Tabla 18. Consolidado Entrevistas a Profundidad Crecimiento

<i>Respuestas comunes</i>	<i>Número de Respuestas</i>	<i>%</i>
<i>Mejor Infraestructura</i>	23	56%
<i>Más Camas</i>	11	27%
<i>No más Camas</i>	4	10%
<i>Ayudas Diagnósticas</i>	3	7%
<i>Total Respuestas</i>	41	100%

La Ilustración 41 muestra las respuestas de manera ilustrativa.

Ilustración 41. Consolidado Entrevistas a Profundidad Crecimiento



Se concluye que, en general, de las 41 respuestas que se dieron para la pregunta acerca del crecimiento del HGM, más de la mitad está de acuerdo con que el Hospital requiere una mejor infraestructura, lo que incluye ampliar la sede actual, comprar lotes aledaños y mejoramiento de los lugares donde hoy se trabaja. Un 27% afirma que el HGM requiere tener más camas, pero un 10% de ellos dice que no es necesario, ya que creen que es suficiente ser más eficiente. El otro 7% prioriza las ayudas diagnósticas como importante para seguir ampliando en el Hospital.

4.1.1.3 Innovación

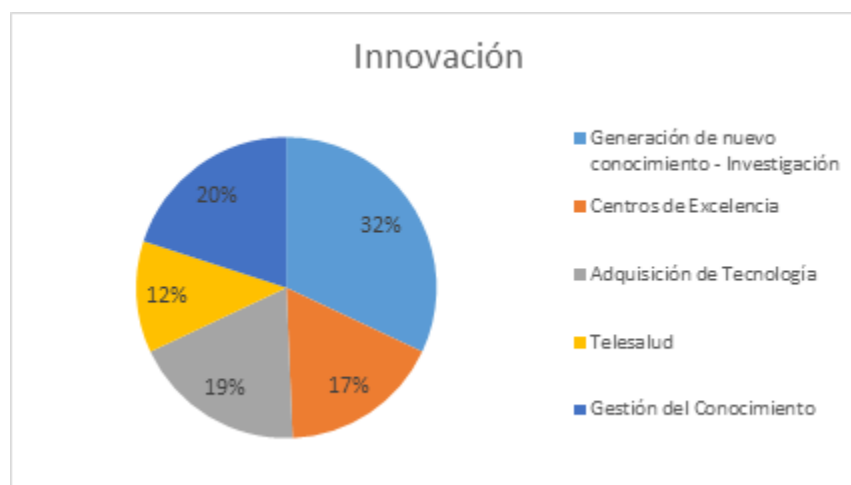
Se observó que las respuestas comunes en la pregunta sobre innovación del HGM son las mostradas en la Tabla 19.

Tabla 19. Consolidado Entrevistas a Profundidad Innovación

<i>Respuestas comunes</i>	<i>Número de Respuestas</i>	<i>%</i>
<i>Generación de nuevo conocimiento - Investigación</i>	24	32%
<i>Centros de Excelencia</i>	13	17%
<i>Adquisición de Tecnología</i>	14	19%
<i>Telesalud</i>	9	12%
<i>Gestión del Conocimiento</i>	15	20%
<i>Total Respuestas</i>	75	100%

La Ilustración 42 muestra las respuestas de manera ilustrativa.

Ilustración 42. Consolidado Entrevistas a Profundidad Innovación



En general, un factor común en las respuestas de las entrevistas es que el HGM debe innovar e investigar para poder ser un excelente hospital, sin estos dos elementos no se concibe el HGM del 2027.

De las 75 respuestas obtenidas en el tema de Innovación, el 32% afirma que se debe investigar, además un 20% prioriza la Gestión de Conocimiento como un elemento fundamental para el desarrollo del Hospital, ya que el conocimiento que se obtenga de la investigación debe gestionarse, transferirse y mantenerse. El 19% recuerda la importancia de adquirir tecnología necesaria para realizar procedimientos médicos con excelentes resultados, el 17% propone que el Hospital tenga Centros de Excelencia y el 12% desearía que el Hospital se vuelva fuerte en telesalud.

4.1.1.4 Optimización

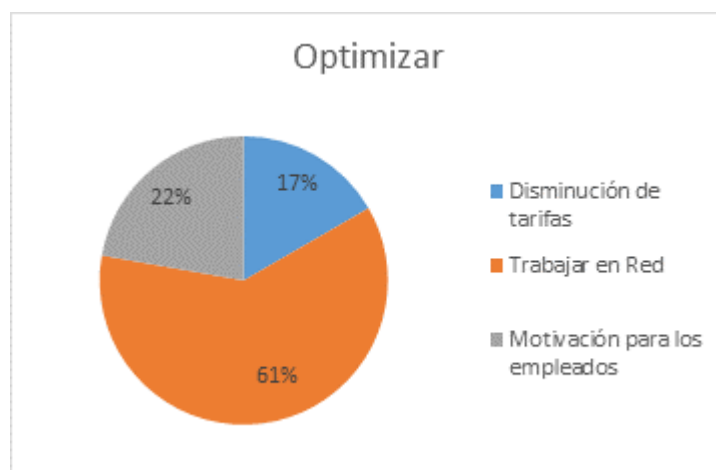
Se observó que las respuestas comunes en la pregunta sobre optimización del HGM son las mostradas en la Tabla 20.

Tabla 20. Consolidado Entrevistas a Profundidad Optimización

<i>Respuestas comunes</i>	<i>Número de Respuestas</i>	<i>%</i>
<i>Disminución de tarifas</i>	3	17%
<i>Trabajar en Red</i>	11	61%
<i>Motivación para los empleados</i>	4	22%
<i>Total Respuestas</i>	18	100%

La Ilustración 43 muestra las respuestas de manera ilustrativa.

Ilustración 43. Consolidado Entrevistas a Profundidad Optimización



Como se puede observar el 61% de las respuestas obtenidas en optimización están de acuerdo que el Hospital debe trabajar en red con otros hospitales, para que de esta forma sea más eficiente y eficaz. El 22% de las respuestas comentaron la importancia de motivar a los empleados y el 17% sobre la posibilidad de disminuir las tarifas, para tener más demanda de otras aseguradoras y ser más competitivo con respecto a los otros hospitales.

4.1.1.5 Propuesta De Valor

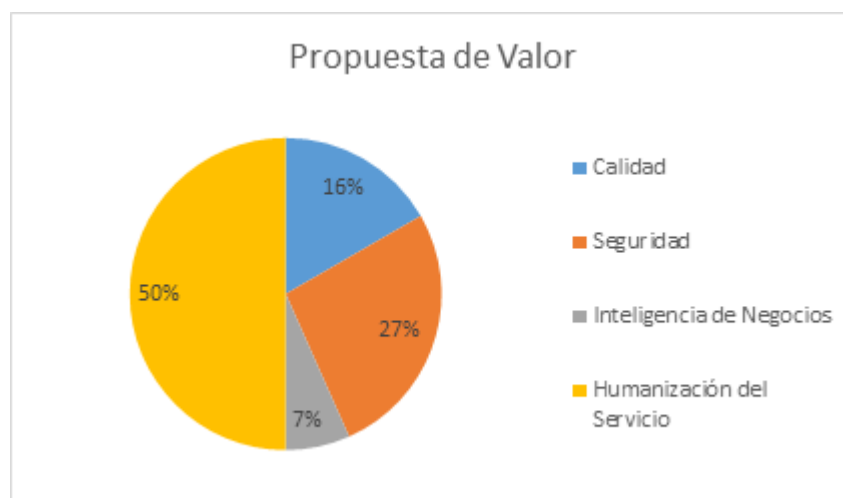
Se observó que las respuestas comunes en la pregunta sobre la Propuesta de Valor del HGM son las mostradas en la Tabla 21.

Tabla 21. Consolidado Entrevistas a Profundidad Propuesta de Valor

<i>Respuestas comunes</i>	<i>Número de Respuestas</i>	<i>%</i>
<i>Calidad</i>	5	17%
<i>Seguridad</i>	8	27%
<i>Inteligencia de Negocios</i>	2	7%
<i>Humanización del Servicio</i>	15	50%
<i>Total Respuestas</i>	30	100%

La Ilustración 44 muestra las respuestas de manera ilustrativa.

Ilustración 44. Consolidado Entrevistas a Profundidad Propuesta de Valor



De las 30 respuestas obtenidas la mitad está de acuerdo en que la humanización del servicio debe ser la propuesta de valor que entregue el HGM, la otra mitad sugiere que la propuesta debe complementarse con la seguridad, la calidad y la inteligencia de negocios para compartir en red con otros hospitales.

4.1.1.6 Otros temas comunes

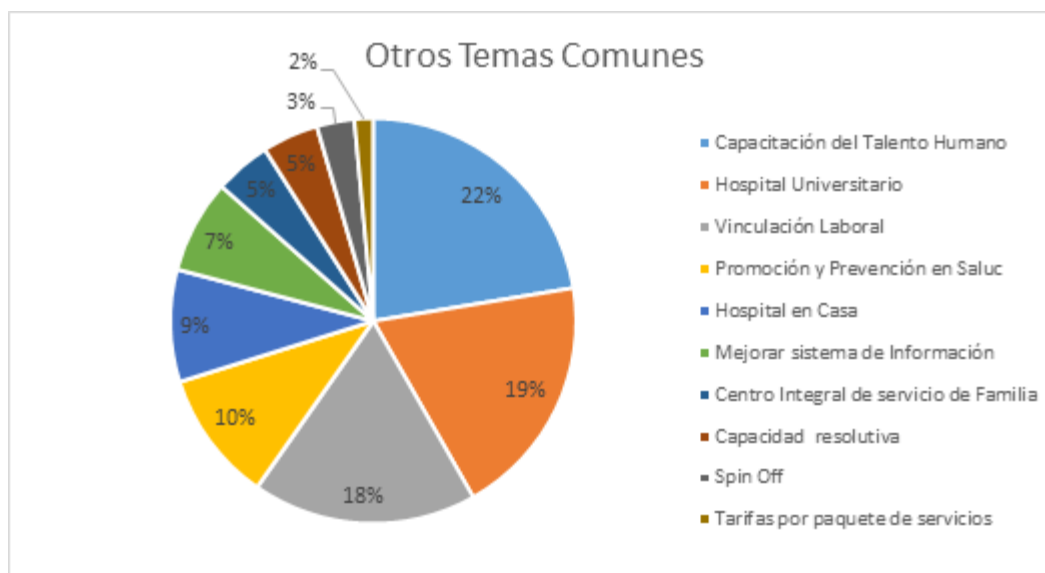
Luego de revisar las respuestas, se encontró que se existen otros temas comunes que son importantes para el direccionamiento estratégico del Hospital. Estos temas se muestran en la tabla 22.

Tabla 22. Consolidado Entrevistas a Profundidad Otros temas comunes

<i>Respuestas comunes</i>	<i>Número de Respuestas</i>	<i>%</i>
<i>Capacitación del Talento Humano</i>	15	22%
<i>Hospital Universitario</i>	13	19%
<i>Vinculación Laboral</i>	12	18%
<i>Promoción y Prevención en Salud</i>	7	10%
<i>Hospital en Casa</i>	6	9%
<i>Mejorar sistema de Información</i>	5	7%
<i>Centro Integral de servicio de Familia</i>	3	4%
<i>Capacidad resolutive</i>	3	4%
<i>Spin Off</i>	2	3%
<i>Tarifas por paquete de servicios</i>	1	1%
<i>Total Respuestas</i>	67	100%

La ilustración 45 muestra las respuestas de manera ilustrativa.

Ilustración 45. Consolidado Entrevistas a Profundidad Otros temas comunes



En general se encontró que de las 67 respuestas obtenidas, el 22% pide que el HGM en su Plan Estratégico tenga en cuenta la capacitación del Talento Humano, el 19% insiste en la importancia de que el Hospital se piense como un Hospital Universitario, el 18% le parece fundamental tener a la mayor parte del personal vinculado, ya que esto genera más sentido de pertenencia, equidad y mejor servicio, el 10% habla sobre el compromiso que tiene el Hospital con la Promoción y Prevención de la Salud, esto ayudaría a disminuir enfermedades y a descongestionar urgencias. El otro 29% habla sobre temas que el Hospital debe comenzar a trabajar o mejorar, como es la hospitalización en casa, el mejoramiento del sistema de información, tener un centro integral de servicio de familia, fortalecer la capacidad resolutoria, pensar en la creación de Spin Off y trabajar en las tarifas por paquete de servicios.

4.1.2 Consolidación priorización de Equipo Directivo, empleados y usuarios

Con base en los resultados obtenidos en las entrevistas a profundidad, se tomaron elementos para que el equipo directivo, empleados y los usuarios los priorizaran. Para el primer grupo – Equipo Directivo – se realizó un taller de un día completo, donde se discutió y se votó por cada uno de los puntos, para los otros dos grupos –empleados y usuarios–se publicó una encuesta virtual donde los interesados priorizaban los temas.

A continuación se muestra el resumen de las priorizaciones de estos tres grupos (las priorizaciones fueron calificadas de 1 a 5, donde 1 es el menor puntaje y 5 el máximo).

4.1.2.1 Áreas Médicas

Como se observa en la tabla 23. El equipo directivo prioriza que el HGM debe enfocarse en ser un Centro de Atención Integral del Cáncer, mientras que los empleados y usuarios sugieren que el HGM sea un Centro Integral Madre Hijo.

Tabla 23. Resumen Priorización Áreas Médicas

	<i>Opciones</i>	<i>Equipo Directivo</i>	<i>Empleados</i>	<i>Usuarios</i>	<i>Promedio</i>
A	Centro Integral Madre Hijo. Centro Integral de La Mujer desde la prevención hasta la alta complejidad y enfermedades crónicas. Centro Obstétrico, Fetal, Perinatal de referencia en el Noroccidente de Colombia	4,2	4,7	4,7	4,5
D	Centro de Atención Integral del Cáncer desde la prevención, la detección temprana hasta, el tratamiento y la atención de urgencias y hospitalaria.	4,5	4,3	4,5	4,4
B	Centro de Trauma con atención en Ortopedia, Neurocirugía, Cirugía reconstructiva	4,2	4,3	4,4	4,3

Plan de Desarrollo 2016 – 2019
Hospital General de Medellín “Luz Castro de Gutiérrez”

C	Centro de Urgencia en Cardiología, Cerebrovascular, Neurocirugía, Cirugía no invasiva.	4,1	4,3	4,5	4,3
F	Trasplantes requeridos en la atención integral de Cáncer y Crónicas	3,5	4	4,4	4
E	Crónicas no Transmisibles. EPOC	3,6	3,7	4,2	3,8
G	Infecciosas.	2,6	4,1	4,4	3,7

4.1.2.2 Crecimiento

Esta pregunta sólo se realizó para los empleados y el Equipo Directivo, por su conocimiento que tienen del Hospital. Mientras los primeros sugieren que el HGM debe crecer constituyéndose en el Centro Integral de Atención en Salud del Sur, los segundos plantean que se deben realizar un Plan Parcial, como se ve en la tabla 24.

Tabla 24. . Resumen Priorización Crecimiento

	<i>Opciones</i>	<i>Empleados</i>	<i>Equipo Directivo</i>	<i>Promedio</i>
B	Crece constituyéndose en el Centro Integral de Atención en Salud del Sur de la ciudad que incluiría Central de Urgencias, todos los niveles de atención, centro ambulatorio, consulta externa y Centros de Atención de Enfermedades crónicas.	4,3	3,8	4,1
DPlan Parcial para el desarrollo del Proyecto Salud Sur?	3,8	4,4	4,1
A	Crece convirtiéndose en una Institución operadora de Hospitales y Centros de Atención Integral, articulada en una red.	4,2	3,3	3,8
C	Las dos anteriores.	4	3,1	3,6

4.1.2.3 Optimización

Para los 3 agentes, la seguridad del paciente y la humanización del servicio debe ser la prioridad del HGM. Pero, mientras que para el Equipo Directivo, la reducción de la estancia y la mejora de la eficiencia y rentabilidad son la prioridad, para los Empleados y Usuarios la Calidad del Servicio es prioritaria, como se observa en la Tabla 25.

Tabla 25. Resumen Priorización Optimización

	Opciones	<i>Equipo Directivo</i>	<i>Empleados</i>	<i>Usuarios</i>	<i>Promedio</i>
B	Seguridad del Paciente.	4,9	4,9	4,8	4,9
A	Humanización del servicio	4,9	4,8	4,7	4,8
C	Calidad del Servicio.	4,6	4,8	4,8	4,7
F	Mejora de la eficiencia y rentabilidad.	4,9	4,6	4,4	4,6
E	Coordinación de servicios.	4,7	4,4	4,4	4,5
G	Integración de la Investigación y la Innovación a la práctica médica.	4,2	4,7	4,5	4,5
D	Reducción de la estancia.	4,9	4,3	4,1	4,4

4.1.2.4 Propuesta de valor

Para los 3 agentes la propuesta de valor del HGM debe estar enfocada en ser una institución Centrada En El Paciente.

Tabla 26. Resumen Priorización Propuesta de Valor

	<i>Opciones</i>	<i>Equipo Directivo</i>	<i>Empleados</i>	<i>Usuarios</i>	<i>promedio</i>
C	Centrada En El Paciente	5	4,9	4,6	4,8
E	Referente del sistema en seguridad del paciente	4,7	4,9	4,6	4,7
A	Institución Integral de Salud	4,8	4,5	4,6	4,6
B	Institución de Carácter Público	4,5	4,5	4,4	4,5
G	Referente del sistema en excelencia en la construcción de conocimiento	4,3	4,7	4,4	4,5
D	Referente del sistema en calidad	3,9	4,6	4,5	4,3
F	Referente del sistema en costo-eficiencia	4	4,4	4	4,1
H	Líder en alianzas con aseguradores	3,7	4,1	4,1	4

4.2 ANALISIS DE ALTO NIVEL

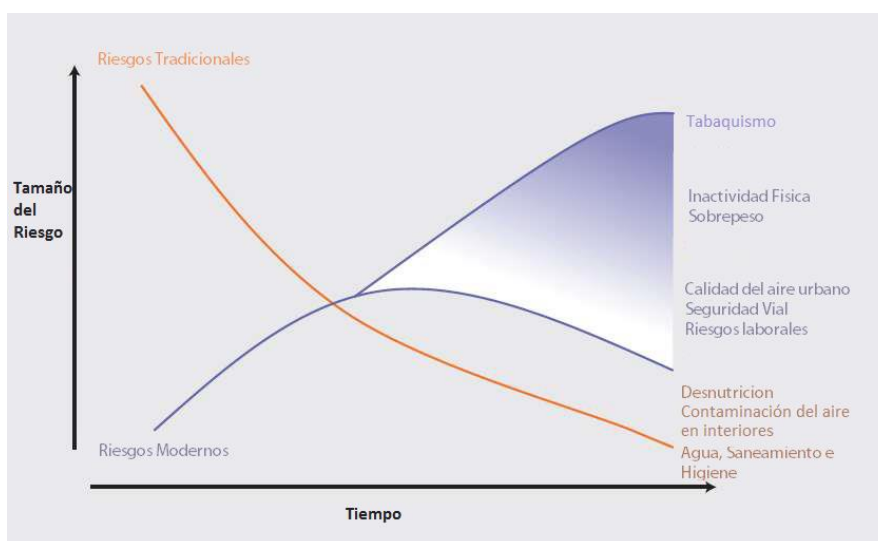
Este análisis tiene como objetivo la evaluación general de la situación del Hospital dentro de la perspectiva de sus objetivos de transformación futura en crecimiento, innovación y optimización de operación.

Se analizan inicialmente las restricciones y posibilidades de crecimiento con la revisión de los limitantes y retos que implican el Hospital General de Medellín Sede Norte y el Centro Integral de Servicios Ambulatorios para la Mujer y su Familia. En una segunda parte se revisan los retos de optimización que presenta la operación actual del Hospital. Un tercer apartado refiere las posibilidades de innovación dentro de la perspectiva de los Centro de Práctica Clínica y finalmente análisis de la necesidad de una estrategia comercial a futuro

4.2.1 Las Alternativas de Crecimiento

La demanda de servicios en salud para Medellín se proyecta de manera creciente en cada uno de los ámbitos de prestación. Para ello es importante reconocer que el perfil epidemiológico de la población ha venido cambiando, asociado al desplazamiento de las enfermedades conocidas como “Enfermedades Tradicionales”, asociadas a la desnutrición, al agua y al saneamiento básico; por las “Enfermedades Modernas” asociadas al trauma, consumo de tabaco, obesidad, riesgos ocupacionales, trauma, entre otros. Para mostrar este efecto, la OMS propuso la siguiente ilustración en el que se muestra la transición del riesgo en función del tiempo, argumentando que los riesgos modernos pueden tomar diferentes trayectorias en diferentes países, dependiendo de la calidad de vida de los habitantes y el contexto:

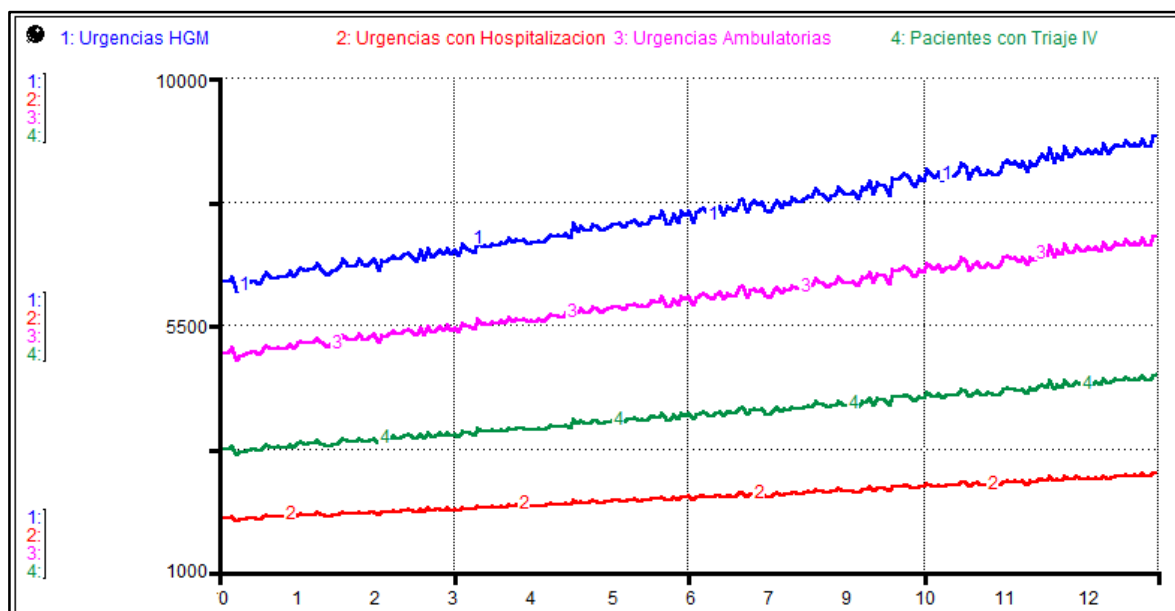
Ilustración 46. Riesgos Modernos en Salud



Para la ciudad de Medellín la demanda de servicios también se muestra creciente. Esto implica que si el HGM conserva la misma cuota de mercado que actualmente tiene, se

presentaría una demanda por servicios de urgencias como se muestran en la siguiente ilustración.

Ilustración 47. Demanda de Servicios para el HGM



Fuente: Resultados del modelo de optimización

Eje X: Tiempo en años

Eje Y: Episodios

Línea azul 1: Episodios que se atienden en el servicio de urgencias del HGM y reciben triage I, II y III.

Línea roja 2: Episodios que se hospitalizan

Línea lila 3: Episodios que se atienden de manera ambulatoria

Línea verde 4: Usuarios que llegan al servicio de urgencias, clasificados en Triage IV y redireccionados a su EPS

El incremento estimado en servicios de urgencias, para un horizonte de tiempo de 12 años, es cercano al 47% pasando de atender en promedio 6.000 urgencias/mes en el 2015 para atender un número cercano a las 8.800 urgencias/mes para el año 2027.

Otro factor relevante a discutir es el punto donde está situado el Hospital. Se puede concluir que la ubicación geográfica del HGM es privilegiada, no solo por el flujo de pacientes que actualmente atiende, sino por varios aspectos que la benefician: cercanía a vías arterias de la ciudad (Avenida el Poblado, Avenida del Río, Palacé); ubicación cartográfica favorable entre varias comunas (La Candelaria, El Poblado, Buenos Aires, Guayabal, Belén); cercanía a barrios densamente poblados (Ubicados en comunas como Buenos Aires y Guayabal). Estos elementos apremian su ubicación, sumándole otros elementos de futuro como los propuestos en el Plan de Ordenamiento Territorial -POT- para Medellín, que

promueven la vivienda urbana hacia el centro de la ciudad con propuestas como Parques del Río, Plan Parcial para el Barrio Perpetuo Socorro y Parque Residencial Naranjal en el sector de la Macarena.

4.2.2 Retos de Optimización

Incrementar la capacidad de un centro hospitalario se puede lograr, no solo incrementando camas o disminuyendo estancias, sino mejorando la prestación de servicios a través de la articulación, balance y coordinación interna entre las áreas de atención. La concepción sistémica de un centro de esta naturaleza es indispensable para lograr este objetivo, ya que mediante un análisis de la atención y flujo del paciente se puede estimar la capacidad real del sistema, establecer parámetros de holgura y evaluar políticas de mejora de manera integral.

Con relación a la capacidad del HGM para atender las demandas de servicios que actualmente se generan de todas las zonas de la ciudad, se plantea el hecho de generar sinergias internas para dar solución a los requerimientos de la gran central de urgencias.

Los retos que actualmente enfrenta el Hospital serán analizados utilizando una herramienta de soporte a la decisión, que permite evaluar la pertinencia de diferentes estrategias de mejora. La herramienta utilizada fue un modelo en dinámica de sistemas que simula la operación del HGM y la interacción de todos sus servicios. En pocas palabras los retos para el modelo consisten en encontrar las combinaciones que, en términos de camas y estancias promedio para las diferentes unidades, permita obtener las mejoras deseadas teniendo en cuenta el incremento que se espera tener en el total de egresos de pacientes en el año.

4.2.2.1 Flujos de pacientes entre los servicios.

El Hospital General de Medellín –HGM- en su informe de producción 2015 muestra un número de egresos cercano a los 19.500 pacientes/año desde los servicios de hospitalización; más los casi 4.500 pacientes/año hospitalizados en los servicios de urgencias, logrando de manera global un número cercano a los 24.000 pacientes/año hospitalizados y egresados. Teniendo en cuenta los servicios habilitados, y los RIPS suministrados por parte del HGM, se hace un análisis sistémico de la atención que contempla la rotación del paciente por los servicios con miras a mejorar parámetros de ocupación e incrementar los egresos, sin descuidar criterios de atención integral.

Con base en el modelo de optimización en dinámica de sistemas desarrollado por la fundación ECSIM para el HGM, se procede a evaluar diferentes escenarios de simulación en aras de proponer estrategias que favorezcan la operación. El primer escenario propone ejercer un mayor nivel de presión, incrementando los ingresos a hospitalización; y un segundo escenario propone incrementos en la capacidad (vía camas o estancia) para diferentes servicios de atención que permita evaluar el impacto en los egresos que se pueden obtener.

Escenario A - Más con lo mismo, mayor productividad.

Para este escenario se incrementan los eventos para hospitalización, indiscriminadamente del tipo de servicio (adultos, obstétricas y pediátricos) para someter el modelo a presión e identificar como sería el flujo de pacientes bajo diferentes parámetros. Es necesario que se entienda un *evento* como la llegada de un paciente al servicio de urgencias que requiere hospitalización.

Con las condiciones actuales del sistema el modelo muestra un total de 19.500 egresos/año desde los servicios de hospitalización. El *Modelo de Optimización* se sometió a dos pruebas: la primera (A1) propone un total de 25.200 eventos/año y la segunda (A2) un total de 30.800 eventos/año. El escenario A1 se propone teniendo en cuenta que el *Modelo de Simulación de Demanda* proyecta una demanda de servicios cercana a las 25.280 eventos/año para el 2018, asociado a las condiciones de morbilidad actuales de la población. De forma similar el escenario A2 se propone porque para el año 2027 se proyecta una demanda cercana a los 30.852 eventos/año. A continuación se muestran los resultados obtenidos con los datos anteriores:

Tabla 27. Resultados de simulación para el escenario A

Dato 2015	Escenario	Incremento de Eventos	Egresos Hospitalización	Incremento bruto	Incremento porcentual
19.500	(A1) 25,200	5.700	23.948	4.444	22,8%
19.500	(A2) 30,800	11.300	23.967	4.464	22,9%

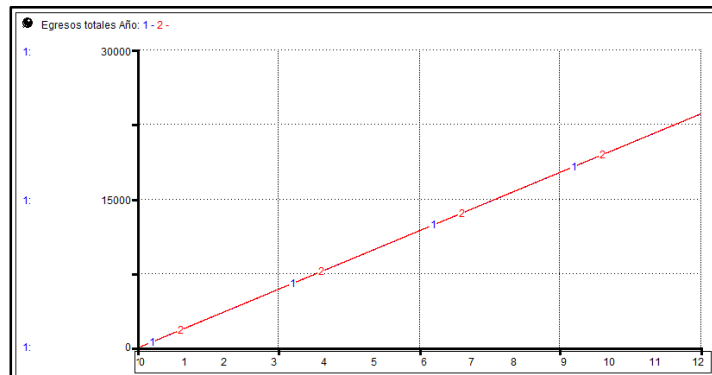
Fuente: Modelo de optimización

Con base en el escenario A1, el modelo proyecta un total de 23.948 Egresos/año, desagregados de la siguiente manera: 15.673 egresos/año adultos, 5.343 egresos/año Ginecobstétricos y 2.478 egresos/año pediátricos; logrando un incremento en los egresos/año equivalente al 22.8% respecto a condiciones del año 2015.

Respecto a los porcentajes de ocupación de los servicios de hospitalización, en el modelo se muestra una eficiencia general alta, ya que los índices de ocupación se encuentran en niveles del 98% y 99%. Los servicios de hospitalización habilitados para adultos muestran ocupaciones del 99% en UCI, UCE y hospitalización general adultos. La saturación en el servicio de urgencias adultos se evidencia con un porcentaje de ocupación superior al 100%, llegando a niveles de hasta 200%, situación que supone una atención inapropiada del paciente disminuyendo la capacidad de respuesta, la oportunidad y la calidad en la atención. La saturación se produce inicialmente en el servicio de UCE Adultos, luego de un tiempo se genera en el servicio de UCI y, finalmente, se traslada al servicio de Hospitalización Adultos; la saturación en Urgencias Adultos se presenta desde un inicio de la simulación, pero se agrava con el paso del tiempo. El sistema se comporta de manera similar para los servicios de Ginecobstetricia y Pediatría.

Si se sometiera el Hospital a más presión (escenario A2), el sistema no lograría responder de manera idónea a una mayor demanda. Con 30.800 eventos/año que se hospitalizarían, el Hospital lograría un incremento equivalente a tan solo 19 egresos/año superior al anterior escenario, consolidando una cifra de 23.967 egresos/año. En la ilustración que se expone a continuación se muestran los egresos para ambos escenarios.

Ilustración 48. Egresos del Hospital bajo presión en dos escenarios



Fuente: Resultados modelo de operación

Eje X: tiempo en meses

Eje Y: Cantidad de egresos acumulados

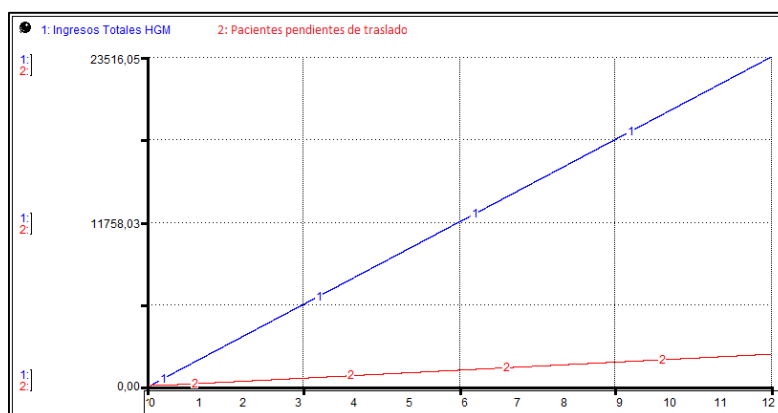
Línea azul 1: Egresos hospitalarios bajo condiciones normales

Línea roja 2: Egresos hospitalarios bajo condiciones extremas

Los eventos que llegan al servicio de urgencias para ser atendidos y no son egresados, quedan pendientes de traslado a hospitalización hasta que el sistema tenga la capacidad para prestar el servicio. Con base en los escenarios (A1 y A2), se muestra en la siguiente ilustración los ingresos a la atención, que se convertirán en egresos, y los pacientes pendientes de traslado a hospitalización. Esto muestra la incapacidad del sistema para atender la demanda futura que sería atendida por el HGM.

Plan de Desarrollo 2016 – 2019
Hospital General de Medellín “Luz Castro de Gutiérrez”

Ilustración 49. Egresos y pacientes pendientes de traslado a hospitalización



Fuente: Resultados modelo de operación

Eje X: tiempo en meses

Eje Y: Cantidad de ingresos y pacientes en espera

Línea azul 1: Ingresos efectivos al servicio de hospitalización del HGM

Línea roja 2: Pacientes pendientes de traslado a hospitalización

Escenario B- Más con Más

Para este escenario se plantea un incremento en la capacidad del sistema por dos vías: disminuyendo estancias e incrementando capacidades, tal como se muestra en la siguiente tabla:

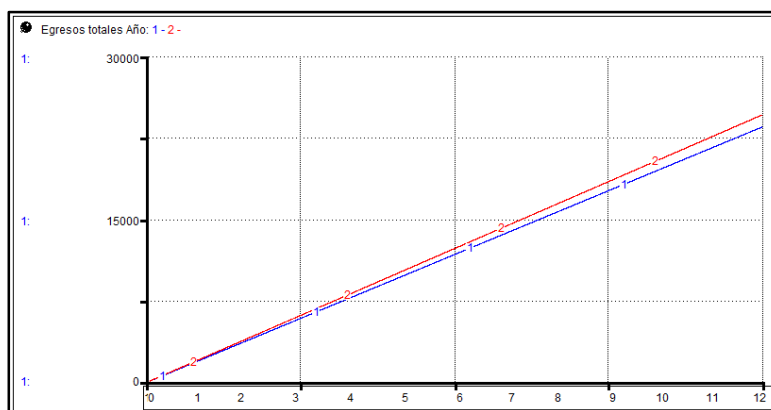
Tabla 28. Escenario comparativo

Servicio	Horas	Camas	Servicio	Horas	Camas
Hosp Adultos	164	259	Hosp Adultos	130	259
Hosp Gineco	51	35	Hosp Gineco	51	35
Hosp Lactan	149	29	Hosp Lactan	149	29
Hosp Preesco	153	21	Hosp Preesco	153	21
UCE Adultos	118	10	UCE Adultos	118	15
UCE Gineco	55	5	UCE Gineco	55	5
UCE Neonatos	194	42	UCE Neonatos	194	42
UCI Adultos	167	23	UCI Adultos	167	28
UCI Neontal	194	10	UCI Neontal	194	10
UCI Pediatría	144	8	UCI Pediatría	144	8
Urg Gineco	30	20	Urg Gineco	30	20
Urg Pediatrí	41	12	Urg Pediatrí	41	12
Urg. Adultos	53	50	Urg. Adultos	53	50

Fuente: Informe de Producción HGM 2015

Se incrementan las camas de UCI Adulto, pasando de 23 camas a 28 camas; se aumentan las camas de UCE Adultos, pasando de 10 a 15 camas; por otro lado se disminuye la estancia de Hospitalización Adultos, pasando de 164 a 130 horas. El criterio para proponer este escenario se enmarca en el hecho de que UCI y UCE son dos servicios que generan restricción al sistema dificultando el flujo de los pacientes, por lo que se deben evaluar propuestas para eliminar dicha restricción. Los resultados de este escenario se muestran en la siguiente ilustración.

Ilustración 50. Proyección de Egresos con incremento de capacidad



Fuente: Resultados modelo de operación

Eje X: tiempo en meses

Eje Y: Cantidad de egresos acumulados

Línea azul 1: Egresos hospitalarios bajo condiciones normales

Línea roja 2: Egresos hospitalarios con cambios propuestos para el escenario

La línea azul refleja los egresos bajos las condiciones expuestas en la columna izquierda de la tabla 28 (condiciones iniciales), mientras que la línea roja muestra los egresos con los cambios implementados (condiciones ajustadas). Si se lograra implementar los cambios con los que se evalúa el escenario se lograría un incremento equivalente a 1.121 egresos/año, además de disminuir los pacientes pendientes de traslado a hospitalización, disminuir la ocupación de hospitalización adultos, entre otros factores de mejora.

La restricción del escenario B se sigue presentando en el servicio de UCI y UCE, para el caso de adultos, siendo estos los primeros servicios que alcanzan el 98% y 99% de ocupación respectivamente; el servicio de Urgencias Adultos es el siguiente servicio en saturarse; por su parte Hospitalización adultos muestra un índice de ocupación del 87%. El sistema se comporta de manera similar para los servicios de Pediatría y Ginecobstetricia.

Con los resultados de los escenarios anteriores se pone de manifiesto que las mejoras en la prestación de servicios son sensibles a las reducciones de los tiempos de estancia promedio y al incremento de camas en los servicios, pero no son los únicos caminos. Es necesario lograr mejoras en la coordinación, el balance y la articulación interna del hospital; en otras

palabras, el gran reto será la implementación de un Modelo de Atención que logre una estrategia equilibrada soportada en: disminuir estancia, incrementar camas y mejorar la coordinación entre los servicios.

4.2.3 Recurso Humano

En las entrevistas realizadas al personal vinculado al Hospital se observa una situación de no conformidad en el proceso de Gestión de Recurso Humano por la diversidad de formas de contratación y la remuneración. La normalización de este proceso implica costos importantes para la organización y deberá revisarse con una perspectiva de largo plazo y con una planeación financiera adecuada.

Por otra parte, la disponibilidad de personal capacitado es la principal restricción para desarrollar los Centros de Práctica Clínica. Se debe adoptar una estrategia de formación de capital humano para el mediano y largo plazo mediante acuerdos con universidades, benchmarking con otras organizaciones, pasantías en instituciones de salud, entre otras; todo lo anterior respaldado en alianzas con las EPS.

4.2.4 La innovación vía Centros de Práctica Clínica

El Hospital ha construido un consenso interno sobre el valor de avanzar en capacidad médica con base en la configuración de Centros de Práctica Clínica. La definición de los mismos será objeto de este proceso de planeación. La indicación central es que cada uno de esos proyectos deberá ser objeto de una detallada estructuración que considere con detalle los siguientes puntos: Demanda, acuerdo previo y de largo plazo con los pagadores, formación de recurso humano en alianza con universidades, y acuerdos con centros de referencia internacionales.

4.2.5 La Necesidad de una Estrategia Comercial

El Hospital cuenta con dos retos, el primero la optimización en la generación de ingresos por el uso de recursos como cirugía, consulta externa e imagenología; y el segundo, la venta de los nuevos servicios planteados en el plan estratégico. Se recomienda el establecimiento de una unidad de comercialización que se encargue de las relaciones con las EPS y la gestión de los contratos con estas entidades.

4.2.6 Los retos financieros

Ver apartado 1.8

Situación financiera del presente documento.

4.3 FLOR (FORTALEZAS, LIMITACIONES, OPORTUNIDADES, RETOS)

El análisis de capacidades de procesos se ha realizado mediante la integración de la información obtenida por medio de la metodología FLOR (Fortalezas, Limitaciones, Oportunidades y Retos), revisión de indicadores y levantamiento de información primaria y secundaria. Para lo anterior ha sido fundamental la recopilación de entrevistas que se realizaron a los respectivos responsables de cada proceso.

Con este material, previamente se identificaron los procesos, sus responsables, sus objetivos y sus alcances. Con respecto a los indicadores se analizaron algunos de los más representativos de cada proceso.

Ahora, referente a los resultados, éstos evidencian que, en términos generales, una de las principales fortalezas del HGM es su capital humano, resaltando en éste su experticia y buenas relaciones interpersonales. No obstante, gran parte de los directores de procesos, afirman que el personal es insuficiente para los requerimientos que presenta el HGM.

Adicionalmente, se ha encontrado que la infraestructura y los equipos son una fortaleza importante, resaltando en estos la posibilidad de buen espacio y equipos óptimos para la prestación de los servicios.

Respecto a los aspectos por mejorar, los hallazgos sugieren que no existe una fuerte articulación entre los indicadores de cada proceso con los proyectos planteados en el plan de acción. Así mismo, El Hospital deberá estructurar un Balanced Scorecard que permita alinear sus proyectos con indicadores y mejorar la definición y seguimiento de los mismos.

Por su parte, los sistemas de información han resaltado como un recurso clave de forma transversal para todos los procesos del HGM, enfatizando el buen trabajo en SAP. No obstante, algunos procesos específicos requieren realizar otros desarrollos, pese a las limitaciones en términos de costo.

Finalmente, se ha encontrado que, en términos generales, el HGM es una entidad con un nivel avanzado de organización. Sin embargo, aún persisten retos por superar y objetivos por alcanzar.

4.4 IDENTIFICACIÓN DE BRECHAS

A partir de la información recopilada en el análisis de procesos, específicamente en la FLOR (Fortalezas, Limitaciones, Oportunidades y Retos), y el taller de escenarios, se realizó un proceso de empalme con el fin de describir las brechas existentes en los distintos procesos del HGM, comparando la situación actual con un marco de referencia o situación esperada a futuro, siendo la presentación detallada de éstas brechas el objetivo del informe completo.

Para lo anterior, en cada proceso se describen las posibles causas de dichas brechas, las relaciones existentes entre las mismas y el esfuerzo requerido para cerrarlas, medido en una escala de 1 a 3 dependiendo si se trata de:

1. Acciones tendientes a fortalecer la gestión (realizables a corto plazo),
2. Acciones de mejora continua (que requieren una aplicación y seguimiento en el corto y mediano plazo)
3. Transformación organizacional, cuando se requieren soluciones disruptivas de carácter estructural (realizables a largo plazo)

Los resultados encontrados sugieren que la mayor parte de las brechas que presentan los procesos del HGM, requieren la implementación y seguimiento de acciones de mejoramiento continuo a corto y mediano plazo, correspondientes a acciones de segundo nivel.

De igual manera ocurre con los procesos en el nivel de Apoyo, los cuales requieren de medidas de segundo nivel, exceptuando el proceso de Gestión Humana, que por las características en el sistema normativo, requiere de acciones de transformación organizacional.

Por otra parte, a pesar de la madurez del modelo de gestión del HGM, existen aspectos puntuales a mejorar, específicamente en términos de la sistematización del proceso de planeación para hacer un seguimiento más riguroso a los resultados. Por lo anterior, se propone el desarrollo de un Balanced Scorecard, que permita una articulación entre los proyectos e indicadores para cumplir los objetivos del Hospital.

Finalmente, aunque un alto porcentaje de las brechas que se presentan están asociadas a la falta de recurso humano, los responsables de los procesos, deben enfocarse en buscar e implementar soluciones alternativas a la contratación de nuevo personal, teniendo en cuenta la estructura de costos y la coyuntura actual, particularmente en la sistematización de los procesos y la eficiencia de los recursos.

4.5 ESCENARIOS

El ejercicio de Escenarios dentro de la etapa de direccionamiento estratégico tuvo como objetivo analizar diferentes implicaciones que tienen para el Hospital unos escenarios futuros, los cuales fueron establecidos por la interacción de dos dinámicas de transformación: la evolución del Sistema de Salud de Colombia, y la dinámica de transformación de las instituciones prestadoras de servicios de salud en el mundo.

De los escenarios encontrados fueron seleccionados los siguientes para hacer un análisis en profundidad:

- 1) El Hospital como un agente individual
- 2) El Hospital como nodo de red
- 3) El Hospital como promotor de un ecosistema de innovación.

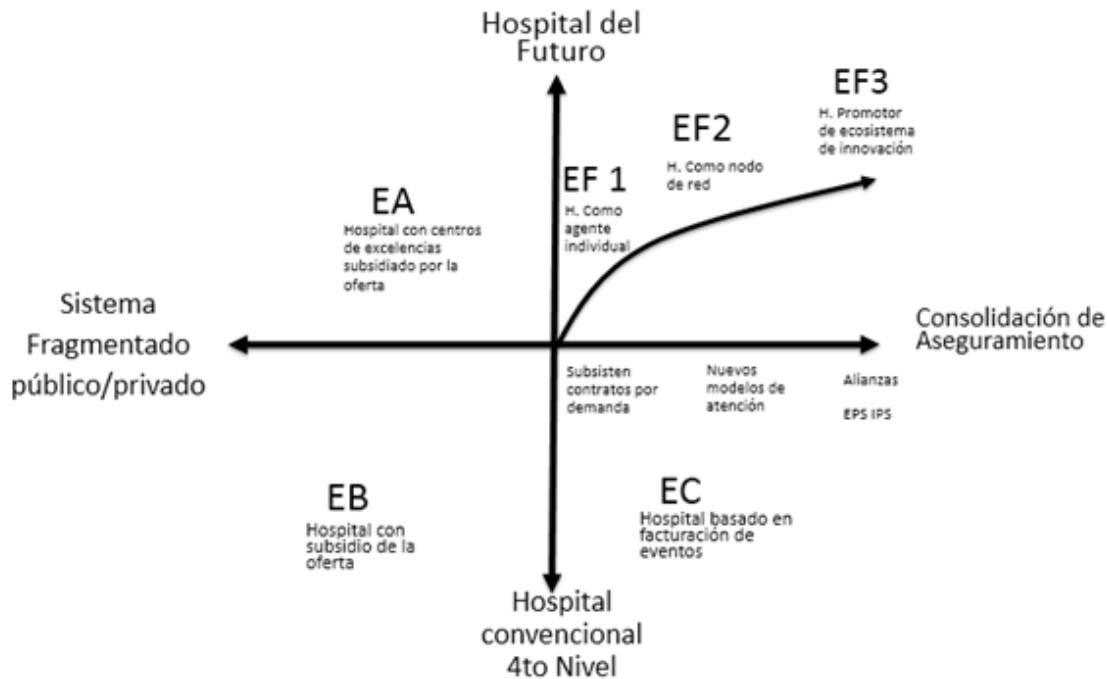
Al discutir los escenarios, el equipo directivo del Hospital analizó la forma en que debería responder o actuar frente a las diferentes perspectivas de futuros, y así mismo se revisó en opinión de los participantes, la probabilidad de ocurrencia de cada uno estos escenarios.

La discusión de estos escenarios fue una de las bases para los análisis que se hicieron posteriormente, dado que estableciendo las condiciones donde se va a desenvolver el Hospital, y discutiendo implicaciones particulares se obtuvieron ideas que se priorizaron o añadieron al plan estratégico (en forma de acciones, proyectos, entre otros.).

Las alternativas o futuros posibles analizados se analizaron bajo las dos siguientes dinámicas (Ver Ilustración 51):

- Eje Vertical: La dinámica de transformación de la prestación de servicios (En un extremo, un Hospital del futuro y en el otro, un Hospital convencional de 4to nivel)
- Eje Horizontal: La dinámica de transformación de los Sistemas de salud (Un sistema de aseguramiento consolidado basado en modelos de prevención y atención por un lado y un sistema fragmentado y basado en eventos por el otro)

Ilustración 51. Dimensiones para los escenarios futuros



Los escenarios planteados como objeto de análisis por el equipo del Hospital fueron los optimistas del cuadrante 1 en la Ilustración 51, que es donde se desenvuelve el hospital del futuro y se consolida el aseguramiento del sistema de salud.

Cada dinámica de transformación fue soportada por una conferencia de un experto (Ver transcripción en el informe del taller de prospectiva HGM 2016 – 2027). Se realizó un taller con el equipo directivo del Hospital en donde se explicó el modelo de planeación por escenarios y se dirigió su construcción, y además, se habló de los hospitales del futuro y de la evolución de los sistemas de salud.

Teniendo establecidos los escenarios y su funcionamiento, se analizaron las siguientes implicaciones para el Hospital en cada uno de los escenarios propuestos:

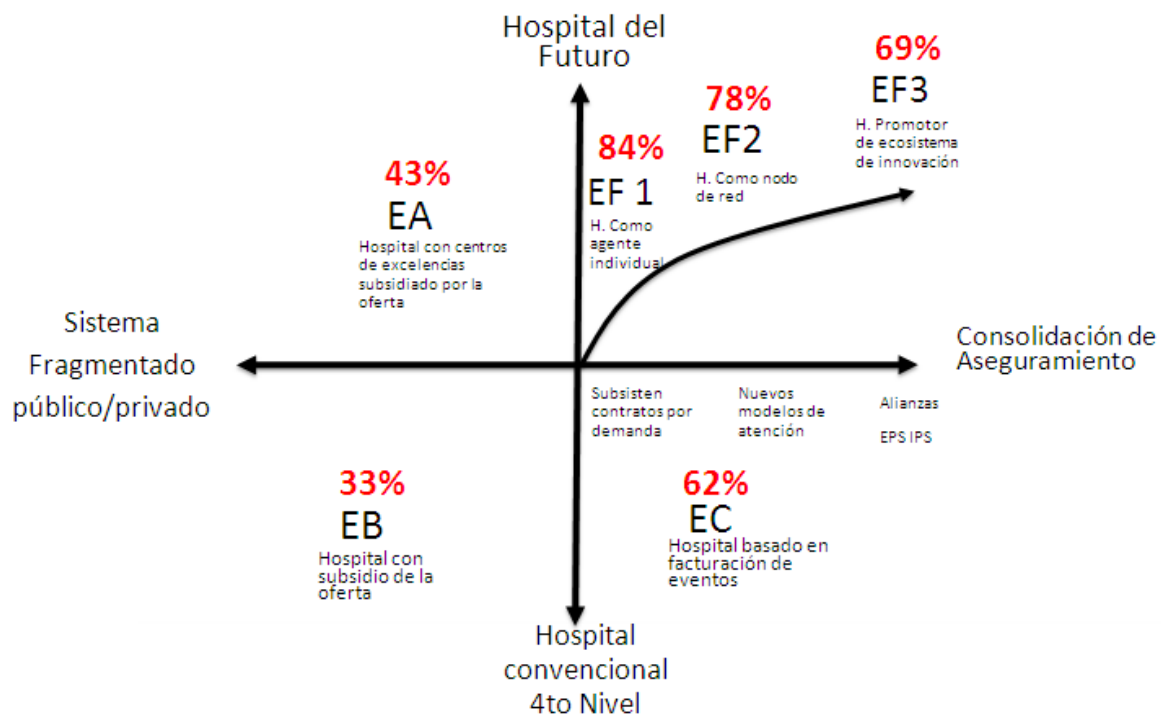
- Implicaciones Administrativas
 - Perfiles de talento humano
 - Relacionamiento con los usuarios
 - Sistemas de información y plataformas tecnológicas
- Implicaciones Financieras
 - Estrategia financiera
 - Relacionamiento corporativo

- Implicaciones Asistenciales
 - Modelos de atención
 - Infraestructura y equipos
 - Centros de excelencia

4.5.1 Probabilidad de ocurrencia de los escenarios

Se realizó un sondeo con el equipo del Hospital para conocer su percepción de la probabilidad de ocurrencia de cada escenario. Los resultados de dicho sondeo se presentan en la Ilustración 52 (4 Valores en Rojo arriba de cada escenario), y muestran consistencia en que los tres escenarios elegidos son los más probables, y son hacia ellos a los cuales van a direccionar sus acciones.

Ilustración 52. Probabilidad de ocurrencia de cada escenario



4.5.2 Conclusiones

Se concluyó que los tres escenarios²⁶ son incrementales, dado que cada uno “engloba” al anterior, es decir, el HGM se fortalecerá como un agente individual; al tener un buen desarrollo interno podrá establecer relaciones con otras entidades, y a medida que esas relaciones maduran y se van volviendo intersectoriales, el HGM podrá ser promotor de un ecosistema de innovación.

Para lograr lo anterior, el Hospital como un agente individual (EF1) debe enfocarse en la eficiencia y operación interna, buscando la minimización de costos. Esto es un requisito para evolucionar con fundamentos a los otros roles de nodo de red y promotor de ecosistema.

El segundo escenario como Nodo de Red (EF2) es favorable, ya que es cercano en términos del rol actual y lo suficientemente ambicioso, para consolidarse en un mediano plazo como un hospital nodo de red.

El tercer escenario (EF3) supone un trabajo intenso de al menos una década de construcción de capacidades, que deben ser alcanzadas progresivamente a medida que se den saltos o avances importantes en la operación del Hospital y en la red de la que haga parte.

Las discusiones de estos escenarios y sus implicaciones serán una de las bases para definir las acciones y proyectos en el plan estratégico 2016 – 2027, del cual se desprende el plan de desarrollo 2016 – 2019.

A continuación se listan algunas ideas que fueron discutidas ampliamente en cada implicación:

Talento Humano

- Mejorar las competencias del personal
- Desarrollar estrategias para tener fácil adaptación de los profesionales
- Formar personas integrales, de calidad humana y profesional
- Optimizar el modelo de contratación
- Implementar estímulos e incentivos
- Diseñar herramientas para retener el personal

²⁶

- Escenario 1: Hospital como agente individual
- Escenario 2: Hospital como nodo de red
- Escenario 3: Hospital como promotor de ecosistema de innovación

Sistemas de información y plataformas tecnológicas

- Ser más eficiente en el manejo de necesidades internas de información, plataformas, herramientas, entre otros
- Trabajar con telemedicina (y otros servicios que el Hospital debería prestar como una red)
- Desarrollar herramientas que faciliten el acceso a la información y su análisis
- Gestionar la información en línea
- Tener portabilidad de la información
- Permitir la interoperabilidad de sistemas
- Lograr que la información refleje la gestión del día a día
- Crear confianza para poder compartir información y sinergias en la prestación de los servicios
- Desarrollar un sistema de información único, válido y oportuno
- Tener control de procesos

Relacionamiento con los usuarios

- Desarrollar un modelo de atención integral
- Optimizar la estrategia de servicio
- Centrarse en el usuario
- Capacitar al personal en relacionamiento
- Alinear los procesos al ciclo de servicio
- Optimizar la estrategia de gobierno en línea
- Mejorar los canales de comunicación con los usuarios
- Facilitar el acceso a los servicios
- Relacionarse con el usuario no solo desde el punto de vista de prestación de servicios, sino también con otro tipo de actividades como proyectos de investigación, patentes, ensayos clínicos, entre otros.

Estrategia financiera

- Optimizar costos, gastos e inversiones
- Definir relacionamientos estratégicos, que permitan entre otras cosas, realizar compras masivas y así aprovechar economías de escala
- Lograr una operación más eficiente en red
- Generar trazabilidad por paciente

- Establecer un costeo estándar
- Integrar los servicios

Relacionamiento corporativo

- Compartir información con los aseguradores en una base de confianza
- Diversificar formas de negociación con aseguradores
- Madurar relaciones con universidades, proveedores, etc.
- Establecer alianzas internacionales e intersectoriales
- Desarrollar habilidades y competencias de relacionamiento distintivas y fluidas con los demás actores de la red del sector salud

Infraestructura y equipos

- Realizar estudios a las inversiones en infraestructura y equipos de alta tecnología
- Generar mayor cobertura de forma eficiente
- Ser competentes en tecnología y productividad
- Comprar tecnología de forma escalonada en red (que no todos los actores del sector compren lo mismo, sino que compren lo necesario para la red)

Modelo de atención

- Alcanzar y mantener alta calidad en atención
- Tener integralidad en los servicios
- Mejorar el abanico de servicios, potenciando nuevos mercados
- Incentivar la investigación y docencia
- Desarrollar mejores capacidades en promoción y prevención
- Mejorar la cobertura y diferenciación en el mercado

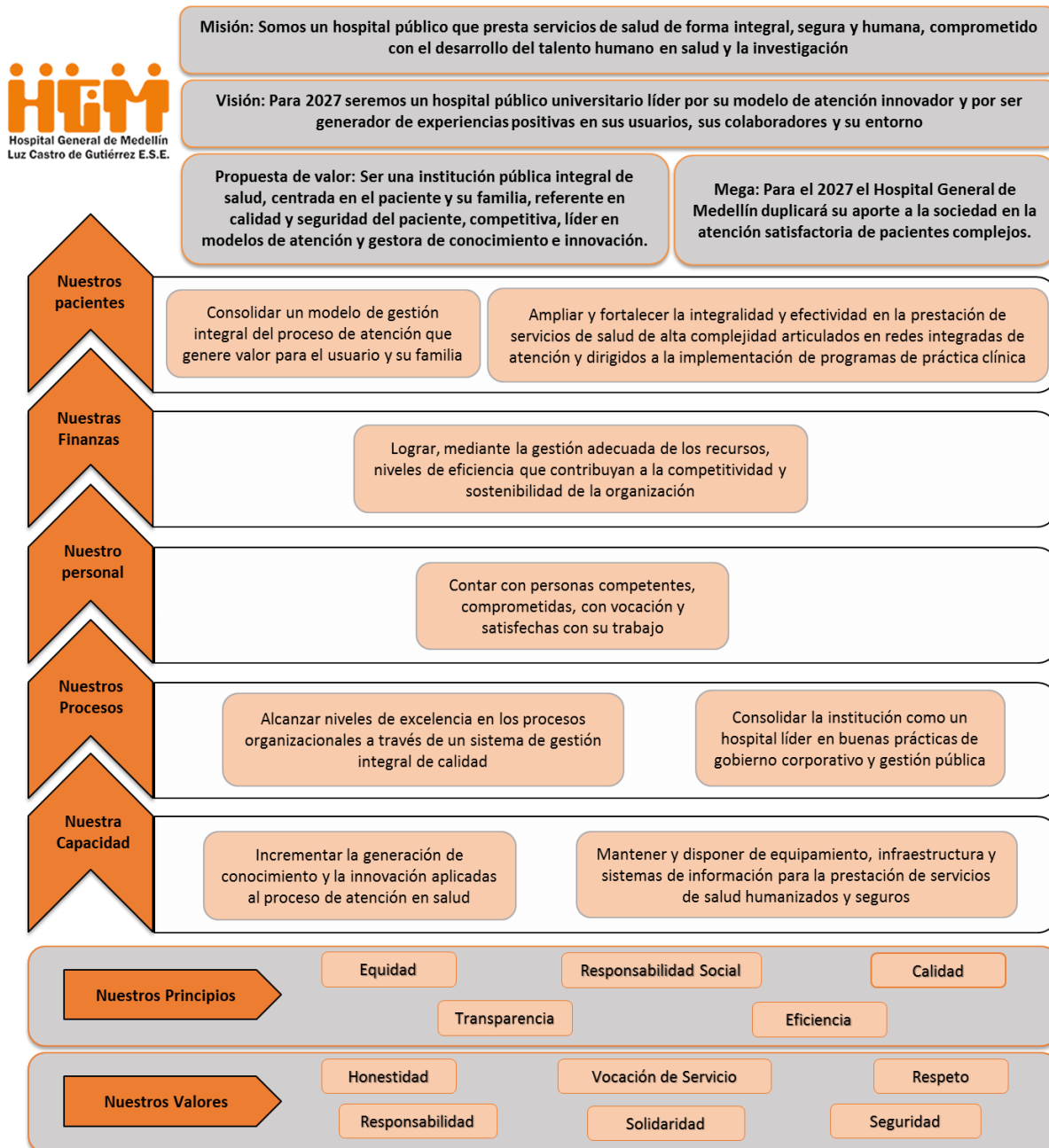
Centros de excelencia

- Permitirán mayores integraciones con centros e instituciones de salud
- Permitirán diferenciar los servicios que el Hospital presta
- Permitirán aumentar el abanico de servicios y la mayor cobertura

4.6 PLATAFORMA ESTRATÉGICA

Partiendo de los elementos analizados y de los talleres y discusiones con el equipo directivo, se definieron los siguientes elementos del mapa estratégico mostrado en la Ilustración 53 (Enunciados más adelante).

Ilustración 53. Mapa estratégico



4.6.1 Misión

Somos un hospital público que presta servicios de salud de forma integral, segura y humana, comprometido con el desarrollo del talento humano en salud y la investigación

4.6.2 Visión

Para 2027 seremos un hospital público universitario líder por su modelo de atención innovador y por ser generador de experiencias positivas en sus usuarios, sus colaboradores y su entorno

4.6.3 Propuesta de valor

Ser una institución pública integral de salud, centrada en el paciente y su familia, referente en calidad y seguridad del paciente, competitiva, líder en modelos de atención y gestora de conocimiento e innovación

4.6.4 Mega

Para el 2027 el Hospital General de Medellín duplicará su aporte a la sociedad en la atención satisfactoria de pacientes complejos

4.6.5 Perspectiva “Nuestros pacientes”

La primera perspectiva corresponde a la de mayor prioridad, y responde a algunos de los elementos más significativos de la propuesta de valor (hacia quién va dirigida).

Dentro de esta perspectiva hay 2 objetivos estratégicos contenidos:

- Consolidar un modelo de gestión integral del proceso de atención que genere valor para el usuario y su familia
- Ampliar y fortalecer la integralidad y efectividad en la prestación de servicios de salud de alta complejidad articulados en redes integradas de atención y dirigidos a la implementación de programas de práctica clínica

4.6.6 Perspectiva “Nuestras Finanzas”

Se enfoca en temas como maximizar el valor, incrementar la rentabilidad y optimizar la operación del Hospital.

Dentro de esta perspectiva está el siguiente objetivo estratégico:

- Lograr, mediante la gestión adecuada de los recursos, niveles de eficiencia que contribuyan a la competitividad y sostenibilidad de la organización

4.6.7 Perspectiva “Nuestro personal”

Esta perspectiva no está definida explícitamente dentro de las 4 genéricas propuestas por los autores del concepto de mapa estratégico, pero se incluye dada la importancia que tiene el personal en el éxito para alcanzar los objetivos del Hospital.

Se tiene el objetivo estratégico:

- Contar con personas competentes, comprometidas, con vocación y satisfechas con su trabajo

4.6.8 Perspectiva “Nuestros procesos”

Esta perspectiva está ligada a la cadena de valor del Hospital y a la forma en que soporta y organiza sus operaciones.

Dentro de esta perspectiva hay 2 objetivos estratégicos contenidos:

- Alcanzar niveles de excelencia en los procesos organizacionales a través de un sistema de gestión integral de calidad
- Consolidar la institución como un hospital líder en buenas prácticas de gobierno corporativo y gestión pública

4.6.9 Perspectiva “Nuestra capacidad”

Se refiere a la gestión del conocimiento, al desarrollo organizacional y a las capacidades con las que debe contar para soportar las demás perspectivas.

Dentro de esta perspectiva hay 2 objetivos estratégicos contenidos:

- Incrementar la generación de conocimiento y la innovación aplicadas al proceso de atención en salud
- Mantener y disponer de equipamiento, infraestructura y sistemas de información para la prestación de servicios de salud humanizados y seguros

4.6.10 Principios y Valores

Los principios y valores fueron definidos en un ejercicio paralelo al que hizo ECSIM con el equipo del Hospital. A continuación se enuncian sus resultados:

4.6.10.1 Principios

Son directrices fundamentales que orientan el pensamiento y rigen la conducta de todos los integrantes de una organización.

1. **Equidad:** En el HGM, estamos al servicio del interés general, aplicando la justicia para dar a cada uno lo que se merece en función de sus méritos o condiciones.
2. **Eficiencia:** Consiste en el logro de los resultados mediante la optimización de los recursos, garantizando el cumplimiento de la meta en el menor tiempo posible, generando un impacto significativo en el proceso.
3. **Transparencia:** La actuación de todos los miembros del HGM es clara y coherente. Entregan información veraz, confiable y oportuna sobre la gestión institucional y evitan poner en riesgo el cumplimiento de la misión del Hospital, conscientes de que sus actuaciones son evaluadas por la comunidad.
4. **Calidad:** El HGM presta los servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo. Teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr adhesión y satisfacción a los usuarios.
5. **Responsabilidad Social:** En el HGM contamos con el Compromiso institucional permanente enfocados a la creación de valor para sus usuarios y demás grupos externos de interés. Promoviendo el bienestar de sus colaboradores y demás clientes internos, y apoyando la protección del medio ambiente; mediante el diseño y ejecución de un conjunto de acciones concretas, voluntarias y cuantificables con beneficio social.

4.6.10.2 Valores

Son cualidades necesarias en las personas para el cumplimiento de los principios y el logro de los objetivos organizacionales.

1. **Responsabilidad:** Cumplimiento de deberes y compromisos, haciendo las cosas bien, en el momento oportuno, atendiendo las directrices institucionales, previendo y asumiendo las consecuencias de las acciones y omisiones.
2. **Solidaridad:** Actitud de cooperación con el otro que busca el bien común.
3. **Respeto:** Es el trato digno hacia el otro, aceptando la diferencia, reconociendo sus derechos, siempre y cuando no se afecten los principios institucionales ni que se vulneren los de las demás personas.
4. **Vocación de servicio:** Es la capacidad de entregarse y brindar un acompañamiento genuino, logrando la satisfacción de las necesidades y superando las expectativas de las personas, brindando una experiencia positiva en el HGM.
5. **Honestidad:** Consiste en comportarse y expresarse con sinceridad y coherencia fundamentados en la verdad.

6. **Seguridad:** Comportamientos y actitudes que contribuyen a prevenir y minimizar los riesgos para la organización y los usuarios.

4.6.11 Política de calidad

En el Hospital General de Medellín enfocamos nuestros procesos a contribuir con la calidad de vida de nuestros clientes, a cuidar y proteger el medio ambiente y a mejorar las condiciones de vida y trabajo de nuestros colaboradores, para lo cual nos comprometemos con:

1. Brindar una atención segura, oportuna, confiable y cálida.
2. Prevenir el impacto ambiental negativo asociado con el uso de los recursos y la generación de residuos, vertimientos y emisiones.
3. Prevenir y controlar los riesgos operacionales.
4. Promover y mantener condiciones y factores ocupacionales seguros, procurando un bienestar físico, mental y social a nuestros colaboradores.
5. Promover y desarrollar relaciones docencia-servicio que permitan al Hospital y a las instituciones de educación superior, con las que se suscriben convenios, contribuir con el fortalecimiento de sus misiones.
6. Promover y desarrollar las investigaciones básicas y aplicadas, cuyos resultados deben corresponder con desarrollos y soluciones innovadoras en beneficio del desempeño del Hospital y de sus partes involucradas.

El Hospital General de Medellín se apoya en el cumplimiento permanente de los requisitos legales aplicables, una cultura organizacional propia que involucre a los proveedores, contratistas, visitantes y población del entorno y el mejoramiento continuo del desempeño de los procesos.

4.7 BALANCED SCORECARD (BSC)

4.7.1 Trazabilidad y medidores para los elementos de la plataforma estratégica

Los elementos de la plataforma se pueden desagregar en sus propósitos constitutivos, cada uno con sus indicadores y metas, con el propósito de facilitar una visión global del desempeño de la estrategia. En las siguientes tablas se muestra la trazabilidad que tiene cada elemento desagregado y la forma en que será medido:

4.7.1.1 Misión

Elementos estratégicos			Indicador	Meta
Misión: Somos un hospital público que presta servicios de salud de forma integral, segura y humana, comprometido con el desarrollo del talento humano en salud y la investigación	Somos un hospital público que presta servicios de salud de forma:	Integral	Definición de PAIS (Política de Atención Integral en Salud): La integralidad definida en la política comprende la igualdad de trato y oportunidades en el acceso (principio de equidad) y el abordaje integral de la salud y la enfermedad, consolidando “las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas” (Ley 1751 de 2015). Lo anterior dentro de las capacidades del Hospital.	
		Segura	Índice de eventos adversos	< 8%
		humana	Matriz de evaluación programa de humanización en sus 4 líneas	> 90%
	Comprometidos con:	Desarrollo del talento humano en salud	Proporción del personal que cumple las competencias definidas	> 80%
			Proporción de estudiantes que logran sus objetivos de formación	> 90%
		Investigación	Proporción de investigaciones que se traducen en innovación	> 20%
			Número de publicaciones en revistas científicas	5 publicación/año

4.7.1.2 Visión

Elementos estratégicos			Indicador	Meta
Visión: Para 2027 seremos un hospital público universitario líder por su modelo de atención innovador y por ser generador de experiencias positivas en sus usuarios, sus colaboradores y su entorno	un hospital público	universitario líder	Certificación como hospital universitario	
		líder por su modelo de atención innovador	Grupos de práctica clínica reconocidos	1 patologías o condiciones con enfoque de grupos de práctica clínica
	Ser generador de experiencias positivas	en sus usuarios	Proporción de la satisfacción global de los usuarios	> 98%
			Proporción de usuarios que recomendarían al Hospital a un familiar o amigo	> 98%
			índice combinado de satisfacción	> 12
			Adherencia a guías de práctica clínica	> 80%
		en sus colaboradores	índice de satisfacción laboral	> 85%
			Proporción de clientes internos satisfechos	> 90%
			Matriz de evaluación programa de cultura organizacional	> 90%
		en su entorno	Indicadores GRI	Por definir

4.7.1.3 Mega

Elementos estratégicos		Indicador	Meta
Mega: Para el 2027 el Hospital General de Medellín duplicará su aporte a la sociedad en la atención satisfactoria de pacientes complejos.	Aporte a la sociedad en atención satisfactoria de pacientes complejos	Pacientes atendidos de alta complejidad	Aumentar en un 30% la proporción de pacientes complejos atendidos

4.7.1.4 Propuesta de valor

Elementos estratégicos		Indicador	Meta
Propuesta de valor: Ser una institución pública integral de salud, centrada en el paciente y su familia, referente en calidad y seguridad del paciente, competitiva, líder en modelos de atención y gestora de conocimiento e innovación.	Integral de salud	Definición de PAIS (Política de Atención Integral en Salud): La integralidad definida en la política comprende la igualdad de trato y oportunidades en el acceso (principio de equidad) y el abordaje integral de la salud y la enfermedad, consolidando “las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas” (Ley 1751 de 2015). Lo anterior dentro de las capacidades del Hospital.	
	Centrada en el paciente	Promedio de día estancia	< 6
		Promedio de severidad de los eventos adversos	< 4 (en escala de 1 a 9)
		Adherencia a guías de práctica clínica	> 80%
		Índice de infecciones asociadas a la atención en salud	< 3
	Referente en calidad	Autoevaluación cuantitativa de estándares de SUA	> 400 puntos
		Adopción de estándares superiores de calidad	Mantener certificaciones de los sistemas certificables
	Referente en seguridad del paciente	Índice de eventos adversos	< 8%
	Competitiva	Margen EBITDA	> al IPC + 5 puntos
		Margen operacional	> al IPC + 3 puntos
	Gestora de conocimiento e innovación	Implementación NTC 5801 / 5802	Adopción de las NTC 5801 / 5802 en el 2018
		Número de grupos de investigación reconocidos y escalafonados	1 grupos de investigación para el 2019 reconocidos y escalafonados

Elementos estratégicos		Indicador	Meta
		Número de publicaciones en revistas científicas	5 publicación/año
		Proporción de estudiantes de formación en posgrado	Incrementar en un 5% anual el # de estudiantes en posgrado
		Proporción de estudiantes que logran sus objetivos de formación	> 90%
		Número de ensayos clínicos/año contratados con la industria	Incremento anual del 30% en ensayos clínicos contratados con la industria

4.7.2 Objetivos Estratégicos – Descripción

Los objetivos son grandes lineamientos o fines que una empresa se propone para mejorar a largo plazo y para trazar el camino entre el presente y el futuro deseado. A continuación se presenta una breve descripción para cada uno:

Objetivo estratégico	Descripción Objetivo estratégico
Consolidar un modelo de gestión integral del proceso de atención que genere valor para el usuario y su familia	Transformar el modelo de atención partiendo de la identificación de los riesgos, necesidades y expectativas del paciente, como insumo para diseñar y ejecutar un continuo de cuidados oportunos, pertinentes, seguros, integrales, eficientes y eficaces, mediante la articulación de los procesos, las capacidades y los recursos, de manera que se genere valor para el usuario, su familia, y demás partes interesadas
Ampliar y fortalecer la integralidad y efectividad en la prestación de servicios de salud de alta complejidad articulados en redes integradas de atención y dirigidos a la implementación de programas de práctica clínica	El HGM fortalecerá y ampliará su capacidad articulado en el sistema de salud para la atención integral del paciente, desde su promoción, prevención y detección temprana, hasta su tratamiento y rehabilitación, apoyado en programas de práctica clínica
Lograr, mediante la gestión adecuada de los recursos, niveles de eficiencia que	Lograr, mediante la gestión adecuada de los recursos niveles de eficiencia que contribuyan a la competitividad y

Plan de Desarrollo 2016 – 2019
Hospital General de Medellín “Luz Castro de Gutiérrez”

Objetivo estratégico	Descripción Objetivo estratégico
contribuyan a la competitividad y sostenibilidad de la organización	sostenibilidad de la organización
Contar con personas competentes, comprometidas, con vocación y satisfechas con su trabajo	El Hospital potenciará la Gestión por Competencias como instrumento para asegurar la calidad de la atención y la seguridad del paciente contando con colaboradores que desarrollen sus habilidades y destrezas, las apliquen y enriquezcan en el proceso de transformación cultural, contribuyendo a la satisfacción y compromiso de los colaboradores
Alcanzar niveles de excelencia en los procesos organizacionales a través de un sistema de gestión integral de calidad	El Hospital mantendrá los estándares superiores en los sistemas de gestión de calidad que actualmente tiene incorporados y adoptará nuevos referentes de excelencia
Consolidar la institución como un hospital líder en buenas prácticas de gobierno corporativo y gestión pública	Fortalecer el modelo de gestión mediante la adopción de buenas prácticas de gobierno corporativo público verificables, controlables, asegurables y con protocolos de actualización, que contribuyan al logro de los objetivos corporativos y a la administración de los riesgos en los procesos de dirección, planeación, operación y control de la organización.
Incrementar la generación de conocimiento y la innovación aplicadas al proceso de atención en salud	Fortalecer las capacidades institucionales para la generación de conocimiento y su aplicación en la innovación de productos, servicios, procesos, estructura organizacional, estrategia de marketing o relacionamiento, que contribuya a la sostenibilidad y competitividad del Hospital
Mantener y disponer de equipamiento, infraestructura y sistemas de información para la prestación de servicios de salud humanizados y seguros	El Hospital mantendrá y fortalecerá la infraestructura física, el equipamiento y el sistema de información para alcanzar un nivel competitivo de excelencia, garantizando una atención humanizada y segura

4.7.3 Factores claves de éxito para los objetivos estratégicos

Son ideas o propósitos que deberían cumplir los objetivos, que junto con los indicadores y metas, determinarán si fue alcanzado con éxito o qué grado de logro tiene en determinado momento. A continuación se presentan para cada uno de los 8 objetivos definidos:

4.7.3.1 Consolidar un modelo de gestión integral del proceso de atención que genere valor para el usuario y su familia

1. Humanizar la prestación del servicio. Capacitación y formación de los colaboradores en la humanización de la atención
2. Tener una Estrategia de servicio diseñando los procesos desde el cliente.
3. Proceso de atención con mayor agilidad y pertinencia para el usuario, minimizar los trámites para el usuario, garantizando la tecnología, información e infraestructura necesarias.
4. Sistema de información que permita gestionar de manera eficiente y oportuna el proceso de atención del usuario.
5. Adopción de herramientas y estrategias del enfoque “Lean Hospitals”

4.7.3.2 Ampliar y fortalecer la integralidad y efectividad en la prestación de servicios de salud de alta complejidad articulados en redes integradas de atención y dirigidos a la implementación de programas de práctica clínica

1. Sensibilización y formación técnica y humana de las especialidades para la conformación de grupos de práctica clínica, donde haya un equipo interdisciplinario que realice un proyecto de cada uno de los centros a desarrollar
2. Alianzas con aseguradoras y prestadores para garantizar flujo de usuarios y otras entidades que tengan intereses comunes para el desarrollo de prácticas clínicas
3. Sistema de información alineado con los procesos definidos con manejo de bases de datos que sustenten la eficiencia y efectividad de las prácticas clínicas
4. Compensación y gestión del recurso humano
5. Adopción de estándares de referencia para programas de práctica clínica

4.7.3.3 Lograr, mediante la gestión adecuada de los recursos, niveles de eficiencia que contribuyan a la competitividad y sostenibilidad de la organización

1. Uso eficiente de recursos
2. Análisis de los costos en todos los procedimientos y actividades de la prestación del servicio
3. Mejorar la productividad institucional
4. Definición de servicios más productivos y más rentables (paquetes de servicio, tarifas, costos, márgenes de rentabilidad, referencias externas de dichos servicios)

4.7.3.4 Contar con personas competentes, comprometidas, con vocación y satisfechas con su trabajo

1. Vocación de servicio
2. Cultura organizacional
3. Gestión y selección por competencias
4. Satisfacción del cliente interno

4.7.3.5 Alcanzar niveles de excelencia en los procesos organizacionales a través de un sistema de gestión integral de calidad

1. Atención con altos estándares de calidad
2. Responsabilidad profesional implícita en el acto del cuidado
3. El trabajar bajo la estrategia PHVA, que permite lograr cada vez niveles superiores de calidad (cultura de mejoramiento continuo)
4. El haber generado una cultura de seguridad del paciente, que se afianza día a día, año tras año
5. La integración del paciente y su familia en la implementación de prácticas seguras

4.7.3.6 Consolidar la institución como un hospital líder en buenas prácticas de gobierno corporativo y gestión pública

1. Selección de aspirantes por mérito
2. Gestión transparente y rendición de cuentas.
3. Marco de gobierno corporativo
4. Existencia de un modelo documentado
5. Cultura organizacional
6. Gestión por procesos
7. Gestión de riesgos
8. Auditorías internas

4.7.3.7 Incrementar la generación de conocimiento y la innovación aplicada al proceso de atención en salud

1. Desarrollo de capacidades de innovación
2. Grupos de investigación
3. Hospital Universitario
4. Incentivos y estímulos

4.7.3.8 Mantener y disponer de equipamiento, infraestructura y sistemas de información para la prestación de servicios de salud humanizados y seguros

1. Infraestructura física en las mejores condiciones de operación y comodidad
2. Equipos biomédicos, industriales y de soporte asistencial con mantenimiento preventivo, correctivo y control metrológico para garantizar disponibilidad y confiabilidad.
3. Tecnología disponible acorde a las posibilidades institucionales
4. Sistema de información confiable para la toma de decisiones

4.7.4 Indicadores y Metas Plan de Desarrollo 2016 -2019

Objetivo	Indicadores	Metas
Consolidar un modelo de gestión integral del proceso de atención que genere valor para el usuario y su familia	Promedio de día estancia	< 6
	Índice de eventos adversos	< 8%
	Promedio de severidad de los eventos adversos	< 4 (en escala de 1 a 9)
	Adherencia a guías de práctica clínica	> 80%
	Índice de infecciones asociadas a la atención en salud	< 3
Ampliar y fortalecer la integralidad y efectividad en la prestación de servicios de salud de alta complejidad articulados en redes integradas de atención y dirigidos a la implementación de	Grupos de práctica clínica reconocidos	1 patologías o condiciones con enfoque de grupos de práctica clínica
	Proporción de pacientes complejos atendidos	Aumentar en un 30% la proporción de pacientes complejos atendidos

Plan de Desarrollo 2016 – 2019
Hospital General de Medellín “Luz Castro de Gutiérrez”

Objetivo	Indicadores	Metas
programas de práctica clínica		
Lograr, mediante la gestión adecuada de los recursos, niveles de eficiencia que contribuyan a la competitividad y sostenibilidad de la organización	Margen EBITDA	> al IPC + 5 puntos
	Margen operacional	> al IPC + 3 puntos
Contar con personas competentes, comprometidas, con vocación y satisfechas con su trabajo	Proporción de clientes internos satisfechos	> 90%
	Índice de satisfacción laboral	> 85%
	Proporción del personal que cumple las competencias definidas	> 90%
	Índice combinado de transformación cultural	> 90%
Alcanzar niveles de excelencia en los procesos organizacionales a través de un sistema de gestión integral de calidad	Autoevaluación cuantitativa de estándares de SUA	> 400 puntos
	Adopción de estándares superiores de calidad	Mantener certificaciones de los sistemas certificables
Consolidar la institución como un hospital líder en buenas prácticas de gobierno corporativo y gestión pública	Índice de madurez de riesgo	> 3
	Proporción de directivos seleccionados por meritocracia	100% de directivos seleccionados por meritocracia
	Proporción de requisitos cumplidos en Gobierno en línea	Cumplimiento del 100% de la estrategia de gobierno en línea en lo establecido al año 2019
	Proporción de percepción ética	> 85
Incrementar la generación de conocimiento y la innovación aplicadas al proceso de atención en salud	Implementación NTC 5801 / 5802	Adopción de las NTC 5801 / 5802 en el 2018
	Proporción de investigaciones que se traducen en innovación	> 20%

Plan de Desarrollo 2016 – 2019
Hospital General de Medellín “Luz Castro de Gutiérrez”

Objetivo	Indicadores	Metas
	Número de grupos de investigación reconocidos y escalafonados	2 grupos de investigación para el 2019 reconocidos y escalafonados
	Número de publicaciones en revistas científicas	5 publicación/año
	Proporción de estudiantes de formación en posgrado	Incrementar en un 5% anual el # de estudiantes en posgrado
	Certificación hospital universitario	Obtener la certificación de Hospital universitario en el 2016
	Proporción de estudiantes que logran sus objetivos de formación	> 90%
	Número de ensayos clínicos/año contratados con la industria	Incremento anual del 30% en ensayos clínicos contratados con la industria
Mantener y disponer de equipamiento, infraestructura y sistemas de información para la prestación de servicios de salud humanizados y seguros	Huella de Carbono	Sin línea de base
	Conjunto de indicadores GRI	Sin línea de base
	Proporción de equipos biomédicos, industriales y de soporte asistencial con mantenimiento preventivo realizado	> 95%
	Proporción de equipos biomédicos con control metrológico realizado	> 95%
	Proporción de usuarios satisfechos con la infraestructura	> 95%
	Porcentaje de satisfacción del cliente interno con la infraestructura y tecnología	> 90%
	Proporción de cumplimiento de requisitos del protocolo de evaluación de ISO 27000	80% de Cumplimiento de protocolo de evaluación ISO 27000
	Proporción de la disponibilidad de las plataformas informáticas	> 99,98%

4.7.5 Programas y Proyectos

Los proyectos cumplen la tarea de las iniciativas que propone la teoría del Balanced Scorecard. Fueron desarrollados al discutir ideas para alcanzar cada objetivo estratégico, las cuales fueron recopiladas y sintetizadas en los proyectos estratégicos enunciados en la tabla 29. Adicionalmente, para facilitar su gestión y visualización, se agruparon en diferentes programas de acuerdo a su afinidad.

En primeros ejercicios se desarrollaron unos proyectos ligados directamente al objetivo estratégico, y más adelante en diferentes reuniones se desarrollaron otras ideas de mejoramiento por cada uno de los macroprocesos del Hospital, las cuales fueron formuladas como proyectos adicionales. El propósito de lo anterior era incluir acciones tendientes a cerrar las brechas definidas en anteriores pasos de la metodología (Análisis de Brechas y de Fortalezas-Limitantes-Oportunidades-Retos) y así incluir dichas ideas en el planteamiento estratégico.

Nota: Véase el **Anexo 2. Consolidación proyectos HGM** para más información

Tabla 29. Proyectos estratégicos

Objetivo Estratégico	Programa estratégico	Proyecto Estratégico
Consolidar un modelo de gestión integral del proceso de atención que genere valor para el usuario y su familia	Atención centrada en el usuario y su familia	Implementación del modelo de gestión basado en el flujo del paciente
Ampliar y fortalecer la integralidad y efectividad en la prestación de servicios de salud de alta complejidad articulados en redes integradas de atención y dirigidos a la implementación de programas de práctica clínica	Programas de práctica clínica	Unidad para la atención del ciclo materno perinatal con programas de prácticas clínicas
Lograr, mediante la gestión adecuada de los recursos, niveles de eficiencia que contribuyan a la competitividad y sostenibilidad de la organización	Competitividad	Consolidar y mantener un modelo de gestión de los recursos y los procedimientos
		Obtener tarifas competitivas manteniendo el margen

Plan de Desarrollo 2016 – 2019
Hospital General de Medellín “Luz Castro de Gutiérrez”

Objetivo Estratégico	Programa estratégico	Proyecto Estratégico
Contar con personas competentes, comprometidas, con vocación y satisfechas con su trabajo	Capital Humano	Implementar un modelo de gestión por competencias
		Fortalecimiento de la cultura organizacional
Alcanzar niveles de excelencia en los procesos organizacionales a través de un sistema de gestión integral de calidad	Fortalecimiento del sistema de gestión integral de calidad	Gestionar la acreditación con excelencia
		Consolidación del sistema de gestión integral de calidad
Consolidar la institución como un hospital líder en buenas prácticas de gobierno corporativo y gestión pública	Modelo de gobierno corporativo público	Cumplimiento de estándares de la norma ISO 31000 (Gestión de riesgos)
		Gobierno en línea
Incrementar la generación de conocimiento y la innovación aplicadas al proceso de atención en salud	Investigación, docencia e innovación	Generar Capacidades de innovación
		Consolidación del HGM como un hospital universitario
		Consolidación y fortalecimiento del centro de ensayos clínicos
Mantener y disponer de equipamiento, infraestructura y sistemas de información para la prestación de servicios de salud humanizados y seguros	Adecuación y mejoramiento de infraestructura física	Adecuación del Servicio de Diagnóstico Cardiovascular, Laboratorio de Función Pulmonar y Electrodiagnóstico
		Plan maestro de sostenibilidad ambiental
	Fortalecimiento de la gestión tecnológica	Gestión de equipos biomédicos, industriales y de soporte asistencial
		Cumplimiento de estándares de la norma ISO 27000 (Seguridad de la información)
		Desarrollo del sistema de información e informática

4.8 DESCRIPCIÓN DE PROYECTOS

Cada uno de los proyectos fue trabajado por los responsables para darles una primera caracterización, en ese sentido se definieron las siguientes fichas que dan las características más generales a dichos proyectos:

Nota: Véase el **Anexo 2. Consolidación proyectos HGM** para más información sobre cada proyecto, donde además de la información presentada a continuación, se muestra la inversión estimada, el alcance (o productos), las acciones y actividades, los indicadores y el porcentaje de avance en el tiempo.

4.8.1 Implementación del modelo de gestión basado en el flujo del paciente

Responsable(s): Subgerente Asistencial

Objetivo general: Diseñar y aplicar un modelo integral de gestión en la atención del paciente que teniendo en cuenta los flujos de éste a través de los diferentes servicios hospitalarios, reduzca costos, tiempos de atención, disminuya todos los desperdicios que se puedan presentar en el uso de los recursos necesarios, de tal manera que se logre un proceso optimo, con menores costos y mejores indicadores de eficiencia, evidenciados en la gestión de la recuperación del paciente, que le den más competitividad a la institución.

Objetivos específicos:

*Medición de líneas de base a través del uso de metodología Lean en cada uno de los procesos asistenciales. (Incluye tiempos y costos)

*Diseño de Planes de Mejoramiento de acuerdo al diagnóstico de estas líneas de base, los cuales a través de ciclos PHVA deberán mostrar metas alcanzadas, (indicadores de tiempos y costos)

*Ajuste de Procesos institucionales asistenciales, reorganizando flujos en donde se hayan detectado desperdicios.

*Ajuste del Sistema de Información para la gestión del flujo de pacientes.

Alcance – producto esperado:

*Plan de Aplicación de la estrategia Lean en Procesos asistenciales

*Aplicación de la Herramienta Lean en los diferentes procesos asistenciales

*Rediseño de Procesos Asistenciales de acuerdo a resultados arrojados por la herramienta

4.8.2 Unidad para la atención del ciclo materno perinatal con programas de prácticas clínicas

Responsable(s): Director de Clínicas Quirúrgicas

Objetivo general: Implementar en el HGM el centro más completo para la atención obstétrica de Alto Nivel de Complejidad para la Regional Noroccidente de Colombia

Objetivos específicos:

*Prestar en el HGM la atención obstétrica de alto Nivel de Complejidad

*Optimizar la actual capacidad (oferta) instalada, mejorando oportunidad y aminorando riesgos en la prestación

*Articular el funcionamiento del SGSSS partiendo del uso adecuado y oportuno de los recursos, en los diferentes niveles de prestación de servicios. (Esto es que los niveles mejoren su nivel de resolutiveidad)

Alcance – producto esperado: Implementar en el HGM el centro más completo para la atención obstétrica de Alto Nivel de Complejidad para la Regional Noroccidente de Colombia

4.8.3 Consolidar y mantener un modelo de gestión de los recursos y los procedimientos

Responsable(s): Subgerente Asistencial, Subgerente Administrativo

Objetivo general: Dotar a la Administración del HGM de las herramientas financieras necesarias para gestionar los recursos.

Objetivos específicos: Operar el negocio basados en la eficiencia y la rentabilidad.

Alcance – producto esperado: Cada una de las direcciones del Hospital tendrá una herramienta que le permita monitorear y controlar sus recursos y compararlos con los estándares locales

4.8.4 Obtener tarifas competitivas manteniendo el margen

Responsable(s): Profesional Universitario Costos

Objetivo general: Dotar a la Administración del HGM de las herramientas financieras necesarias para contratar con rentabilidad.

Objetivos específicos: Determinar las tarifas que nos permitan ser competitivos y rentables acorde con el mercado y la política de rentabilidad de la entidad.

Alcance – producto esperado: Lograr el 100% de los costos unitarios de cada objeto de costo (prestaciones) con su respectiva tarifa, por cada servicio

4.8.5 Implementar un modelo de gestión por competencias

Responsable(s): Director de Gestión Humana

Objetivo general: Tener un personal calificado y competente para la prestación del servicio

Objetivos específicos:

- *Competencias definidas para cada una de los cargos existentes en la planta del Hospital
- *Capacitación y entrenamiento en el personal acorde con sus competencias.
- *Estándares altos de calidad en la prestación del servicio.

Alcance – producto esperado:

- *Actualización del manual de funciones y competencias laborales para todo el personal, incluyendo la creación de cargos especializados
- *Consolidación de los cambios en el modelo de gestión por competencias aprobados en 2015

4.8.6 Fortalecimiento de la cultura organizacional

Responsable(s): Director de Gestión Humana

Objetivo general: Promoción y consolidación de la transformación cultural deseada para el HGM.

Objetivos específicos:

- *Implementación de las líneas de acción del programa de cultura vigente.
- *Asegurar que todo el personal conoce los elementos estratégicos de la cultura del HGM
- *Implementación de la estrategia de endomarketing para posicionar la cultura y generar sentido de pertenencia.
- *Desplegar todo el modelo de medición de la cultura a través de los procesos.

Alcance – producto esperado: Lograr posicionar en el Hospital un estilo de liderazgo propio y una oferta diferenciadora de servicios.

4.8.7 Gestionar la acreditación con excelencia

Responsable(s): Jefe de Calidad y Planeación

Objetivo general: Lograr niveles crecientes de calidad en los diferentes procesos institucionales mediante la implementación de los ejes, estándares y criterios del Sistema único de Acreditación, que permitan fortalecer la cultura del mejoramiento organizacional y obtener la acreditación en salud con excelencia.

Objetivos específicos:

*Impulsar el desempeño de los procesos organizacionales hacia el logro de metas de excelencia, mediante la aplicación sistemática del modelo de mejoramiento institucional, que permita identificar y cerrar las brechas, generar aprendizajes y promover una transformación cultural orientada hacia el mejoramiento continuo.

*Formular, implementar y monitorizar políticas y programas específicos, alineados con los ejes de acreditación, con miras a fortalecer la cultura de excelencia en todos los procesos organizacionales"

Alcance – producto esperado:

*Sistema único de Acreditación certificado con excelencia

*Políticas, programas y matrices de evaluación por cada uno de los ejes de acreditación, alcanzando resultados de excelencia. > 95 %"

4.8.8 Consolidación del sistema de gestión integral de calidad

Responsable(s): Jefe de Calidad y Planeación

Objetivo general: Articular y consolidar los elementos del SGIC orientados a la satisfacción de las necesidades y expectativas de las partes interesadas, mediante el mejoramiento continuo de los procesos institucionales.

Objetivos específicos:

*Mantener y fortalecer el sistema obligatorio de garantía de calidad de atención en salud–SOGCS para y mejorar la calidad de los servicios de salud prestados a la población usuaria.

*Mantener y fortalecer el Sistema de Gestión Ambiental, mediante la conservación de los recursos naturales, la mitigación de los impactos ambientales significativos, y el cumplimiento a la normatividad ambiental vigente.

*Mantener y fortalecer el sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo para mejorar las condiciones y el medio ambiente de trabajo, así como la salud en el trabajo, que

conlleve la promoción y el mantenimiento del bienestar físico, mental y social de los colaboradores.

*Mantener y fortalecer el programa de responsabilidad social para crear valor económico, medioambiental y social, contribuyendo así al aumento del bienestar y progreso de las partes interesadas.

Alcance – producto esperado:

*Cumplimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (Se excluyen el SUA y el sistema de información, porque tienen proyectos estratégicos propios de mayor alcance)

*Sistema de Gestión Ambiental certificado en ISO 14001 versión 2015

*Sistema de Gestión de seguridad y salud en el trabajo certificado

*Fortalecimiento del Modelo Estándar de Control Interno

*Fortalecimiento del programa de Responsabilidad Social

4.8.9 Cumplimiento de estándares de la norma ISO 31000 (Gestión de riesgos)

Responsable(s): Gestor de riesgos

Objetivo general: Implementar en el hospital General la NTC ISO 31000

Objetivos específicos: Integrar el proceso para la gestión del riesgo en los procesos globales de gobierno, estrategia y planificación, gestión, políticas, valores y cultura de la organización.

Alcance – producto esperado: Cumplir con los estándares de la norma NTC ISO 31000 para garantizar que el riesgo se gestione de manera eficaz, eficiente y coherentemente en toda la organización.

4.8.10 Gobierno en línea

Responsable(s): Subgerente Administrativo

Objetivo general: Implementar la estrategia Gobierno en Línea en el Hospital General de acuerdo con el cronograma establecido por MinTIC.

Objetivos específicos:

*Proveer trámites y servicios a través de medios electrónicos, para dar solución a las principales necesidades y demandas de los ciudadanos y empresas, en condiciones de calidad, facilidad de uso y mejoramiento continuo.

*Fomentar la construcción de un Estado más transparente, participativo y colaborativo en los asuntos públicos mediante el uso de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones.

*Gestionar las tecnologías de la información para mejorar los procesos internos, el intercambio de la información, el aprovechamiento de la información para el análisis, la toma de decisiones y el mejoramiento permanente.

*Garantizar la confidencialidad, la integridad y la disponibilidad de la información, así como la responsabilidad, la finalidad y el consentimiento relacionado con los datos personales.

Alcance – producto esperado:

* TIC para servicios implementado en los siguientes componentes: Servicios centrados en el usuario, Trámites y servicios en línea, Sistema integrado de PQRD

*TIC para el Gobierno Abierto implementado en los siguientes componentes: Participación, Colaboración, Transparencia

4.8.11 Generar Capacidades de innovación

Responsable(s): Líder de Docencia Servicio e Investigación

Objetivo general: Desarrollar Innovaciones de Producto, Servicio, Proceso, Estructura Organizacional, Estrategia de Marketing o Relacionamento, a través del fortalecimiento de las capacidades de innovación, contribuyendo con el mejoramiento de la competitividad del HGM.

Objetivos específicos:

*Analizar, seleccionar, y evaluar ideas de innovación.

*Desarrollar Inteligencia Tecnológica Competitiva para la Innovación.

*Ejecutar, monitorizar y controlar el Portafolio de Proyectos de Innovación.

*Desarrollar Transferencia de Tecnología.

*Proteger y explotar los resultados de innovación.

*Desarrollar adecuada Gestión del Conocimiento.

*Evaluar periódicamente las Capacidades de Innovación.

*Montar contabilidad de innovación

Alcance – producto esperado: Sistema de innovación mínimo viable en operación.

4.8.12 Consolidación del HGM como un hospital universitario

Responsable(s): Líder de Docencia Servicio e Investigación

Objetivo general: Contribuir con la misión de la organización, a través de los procesos de formación y entrenamiento universitario del personal en formación del sector salud.

Objetivos específicos:

*Desarrollar convenios de prácticas formativas, en el marco de la relación docencia servicio, con instituciones de educación superior que cuenten con programas en salud acreditados.

*Diseñar procesos que integren en forma armónica las prácticas formativas, la docencia y la investigación al prestador de los servicios asistenciales.

*Obtener y mantener reconocimiento nacional o internacional de las investigaciones en salud que realice la entidad y contar con la vinculación de por lo menos un grupo de investigación reconocido por COLCIENCIAS.

*Incluir procesos orientados a la formación investigativa de los estudiantes y contar con publicaciones y otros medios de información propios que permitan la participación y difusión de aportes de sus grupos de investigación.

*Contar con una vinculación de docentes que garanticen la idoneidad y calidad científica, académica e investigativa."

Alcance – producto esperado: Reconocimiento del HGM como Hospital Universitario y posterior mantenimiento de dicha posición

4.8.13 Consolidación y fortalecimiento del centro de ensayos clínicos

Responsable(s): Líder de Docencia Servicio e Investigación

Objetivo general: Conducir ensayos clínicos propios o patrocinados por la industria farmacéutica y biotecnológica, y por otros actores internacionales de carácter académico u organizaciones no gubernamentales.

Objetivos específicos:

*Contribuir con el mejoramiento del acceso de los pacientes del Hospital General a la terapia experimental, especialmente en enfermedades de alto impacto social como el cáncer.

*Contribuir con el presupuesto de ingresos del Hospital General como una fuente sólida y autosostenible de recursos adicionales.

*Contribuir con el fortalecimiento de la investigación clínica en Colombia.

Alcance – producto esperado: Consolidación del centro de ensayos clínicos del HGM como una unidad estratégica de negocio

4.8.14 Adecuación del Servicio de Diagnostico Cardiovascular, Laboratorio de Función Pulmonar y Electrodiagnóstico

Responsable(s): Profesional Universitario – Arquitecto

Objetivo general: Mejorar las condiciones de comodidad, dignidad y humanización en el proceso de atención en los servicios de Diagnostico Cardiovascular, Laboratorio de Función Pulmonar y Electrodiagnóstico

Objetivos específicos:

*Cumplir las condiciones de habilitación en los servicios de Diagnostico Cardiovascular, Laboratorio de Función Pulmonar y Electrodiagnóstico según normatividad vigente.

* Mejorar las condiciones locativas de los servicio de servicios Diagnostico Cardiovascular, Laboratorio de Función Pulmonar y Electrodiagnóstico para prestar servicios de salud en condiciones de comodidad, dignidad y humanización en el proceso de atención.

Alcance – producto esperado: Adecuación de los servicio de servicios de Diagnostico Cardiovascular, Laboratorio de Función Pulmonar y Electrodiagnóstico.

4.8.15 Plan maestro de sostenibilidad ambiental

Responsable(s): Director de Apoyo Logístico

Objetivo general: Establecer y ejecutar estrategias para reducir y controlar el impacto negativo al ambiente, que redunden en beneficios económicos y sociales para la institución, además de otras estrategias de compensación para la sostenibilidad ambiental, enmarcado en la responsabilidad social

Objetivos específicos:

*Establecer e implementar las mediciones y controles de las variables críticas que afecten el desempeño ambiental de la organización

*Implementar estrategias de producción más limpia que permitan a la institución el buen manejo de los recursos naturales y financieros en aras de la mejora continua del sistema de Gestión Ambiental.

*Implementar acciones de impacto ambiental de corto y largo plazo de fácil implementación y otras que requieran mayor inversión, pero que ayuden al Hospital a lograr beneficios ambientales, económicos y sociales.

*Fomentar desde la institución la cultura del cuidado ambiental a: empleados, contratistas, proveedores y usuarios externos

*Adoptar e implementar la estrategia de hospital verde

Alcance – producto esperado: Diseñar e implementar un plan maestro de gestión ambiental para el HGM

4.8.16 Gestión de equipos biomédicos, industriales y de soporte asistencial

Responsable(s): Director de Apoyo Logístico

Objetivo general: Mantener la dotación de equipos biomédicos, industriales y de soporte asistencial con alta disponibilidad y en condiciones de seguridad para el paciente, el usuario y el entorno

Objetivos específicos:

*Realizar la evaluación de obsolescencia y la vigilancia tecnológica y elaborar el plan de adquisiciones por cada área del Hospital

*Ejecutar los planes de mantenimiento preventivo y control metrológico y las acciones correctivas.

*Realizar las evaluaciones de las nuevas tecnologías aplicando la metodología establecida

*Realizar la vigilancia de la tecnología en uso

Alcance – producto esperado: Mantener los equipos biomédicos, industriales y de soporte asistencial en condiciones de capacidad resolutive y de seguridad para el paciente, operarios y entorno.

4.8.17 Cumplimiento de estándares de la norma ISO 27000 (Seguridad de la información)

Responsable(s): Líder de Sistemas

Objetivo general: Implantar un Sistema de gestión de seguridad de la información integrado con el sistema de gestión integral de la calidad.

Objetivos específicos:

*Establecer los mecanismos necesarios para prevenir la pérdida de información, su confidencialidad, integridad y disponibilidad

*Identificar los riesgos por proceso

*Determinar los controles necesarios para la mitigación de los riesgos identificados

*Diseñar una política de seguridad, en colaboración con clientes y proveedores correctamente alineada con las necesidades del negocio.

*Asegurar el cumplimiento de los estándares de seguridad de la ISO 27000.

*Minimizar los riesgos de seguridad que amenacen la continuidad del servicio.

*Definir el sistema de gestión de seguridad de la información integrado con el sistema integral de calidad institucional.

Alcance – producto esperado: El proceso de gestión de la infraestructura de TIC cumpliendo los estándares de seguridad de la información

4.8.18 Desarrollo del sistema de información e informática

Responsable(s): Líder de Sistemas

Objetivo general: Fortalecer la gestión de la información de manera que asegure la continuidad en la prestación de servicios, la toma de decisiones basada en hechos y datos y facilite la articulación de la información de las instituciones integradas en red

Objetivos específicos:

*Gestionar las tecnologías de la información para mejorar los procesos internos, el intercambio de la información, el aprovechamiento de la información para el análisis, la toma de decisiones y el mejoramiento permanente.

*Mantener las herramientas tecnológicas necesarias para soportar la eficiencia en los diferentes servicios logrando la optimización de las tareas y los procesos.

*Automatizar los procesos y sus operaciones desarrollando un modelo de negocio más rentable y productivo

*Elaborar e implementar el programa de gobierno de la información, estableciendo un proceso donde se gestione la calidad de los datos de forma sistémica, que contribuya a que el sistema de información corporativo brinde a los directivos de la organización información confiable que apoye la toma de decisiones.

Alcance – producto esperado:

- * TIC para la gestión
- * Automatización de procesos del HGM que mejoren la productividad
- * Modelo de Gobierno de Información que satisfaga las necesidades de los públicos de interés del Hospital General de Medellín, de acuerdo con las normas vigentes y permitiendo el crecimiento continuo integral"

4.9 Alineación del Plan de Desarrollo “Medellín Cuenta con Vos” del señor Alcalde Federico Gutiérrez Zuluaga con los Proyectos Estratégicos del Plan de Desarrollo HGM 2016 – 2019

A continuación se hace una alineación del plan de desarrollo “Medellín Cuenta con Vos” del Señor Alcalde de Medellín Federico Gutiérrez Zuluaga con los proyectos del plan de desarrollo 2016 -2019 del Hospital General de Medellín “Luz Castro de Gutiérrez”. Dicha alineación se hizo de acuerdo a la afinidad entre sus propósitos y las posibles conexiones que puede haber entre los programas y proyectos.

Tabla 30. Alineación Programa de Gobierno Señor Alcalde Federico Gutiérrez Zuluaga vs. Plan Estratégico HGM 2016 -2027

Plan de Desarrollo "Medellín cuenta con vos" 2016-2019 Dimensión: Para trabajar unidos por un nuevo modelo de equidad social. Reto: Medellín para vivir más y mejor.	Proyectos Plan de Desarrollo HGM 2016 - 2019		
	Objetivo estratégico	Programa	Proyecto estratégico
Programa: Gestión de Estrategias en Salud. Proyecto: Implementación modelo integral de atención en salud: Modelo de atención integral de atención en salud MIAS implementado.	Consolidar un modelo de gestión integral del proceso de atención que genere valor para el usuario y su familia	Atención centrada en el usuario y su familia	Implementación del modelo de gestión basado en el flujo del paciente

Plan de Desarrollo 2016 – 2019
Hospital General de Medellín “Luz Castro de Gutiérrez”

Plan de Desarrollo "Medellín cuenta con vos" 2016-2019 Dimensión: Para trabajar unidos por un nuevo modelo de equidad social. Reto: Medellín para vivir más y mejor.	Proyectos Plan de Desarrollo HGM 2016 - 2019		
	Objetivo estratégico	Programa	Proyecto estratégico
Programa: Fortalecimiento del Acceso a los Servicios de Salud. Proyecto: Fortalecimiento a la red pública en salud con calidad y humanización: Instituciones de la red pública fortalecidas. Programa: gobernanza y gobernabilidad para la salud. Proyecto: Conformación de redes sectoriales, intersectorialidad y transectorialidad: Instituciones del área de salud y otros sectores que realizan acciones articuladas con la secretaría de salud.	Ampliar y fortalecer la integralidad y efectividad en la prestación de servicios de salud de alta complejidad articulados en redes integradas de atención y dirigidos a la implementación de programas de práctica clínica	Programas de práctica clínica	Unidad para la atención del ciclo materno perinatal con programas de prácticas clínicas
Programa : Fortalecimiento del Acceso a los Servicios de Salud Proyecto: Fortalecimiento de la calidad de los servicios de salud: Instituciones prestadoras del servicio de salud acompañadas con asesoría y asistencia técnica con procesos de calidad. Instituciones prestadoras del servicio de salud que logran un nivel adecuado de la implementación del PAMEC.	Alcanzar niveles de excelencia en los procesos organizacionales a través de un sistema de gestión integral de calidad	Fortalecimiento del sistema de gestión integral de calidad	Gestionar la acreditación con excelencia Consolidación del sistema de gestión integral de calidad
Programa: Gobernanza y Gobernabilidad para la Salud. Proyecto: Gestión de la información y el conocimiento en salud: Se fortalecerán los componentes de manejo de información y datos a través de mejores tecnologías, el repositorio de información como un elemento para la disponibilidad del conocimiento generado interno y externo en salud, y las salas de análisis situacional en salud, un elemento central para la gestión del conocimiento y el abordaje transectorial de las problemáticas. También la investigación en salud pública e innovación social en salud, articulada con la academia y Ruta N dentro del plan de ciencia y tecnología, y finalmente el desarrollo del observatorio como elemento para la apropiación social del conocimiento.	Incrementar la generación de conocimiento y la innovación aplicadas al proceso de atención en salud	Investigación, docencia e innovación	Consolidación del HGM como un hospital universitario

CAPÍTULO. 5. TIEMPO DE EJECUCIÓN PROYECTOS PLAN DE DESARROLLO 2016- 2019

En la siguiente tabla se establece el tiempo de ejecución de los proyectos del Plan de Desarrollo 2016 - 2019:

No	Proyecto Estratégico	Responsable	2016	2017	2018	2019
1	Implementación del modelo de gestión basado en el flujo del paciente	Subgerente Asistencial		50%	100%	
2	Unidad para la atención del ciclo materno perinatal con programas de prácticas clínicas	Director de Clínicas Quirúrgicas		40%	70%	100%
3	Consolidar y mantener un modelo de gestión de los recursos y los procedimientos	Subgerente Asistencial/Subgerente Administrativo		50%	100%	
4	Obtener tarifas competitivas manteniendo el margen	Profesional Universitario Costos	20%	100%		
5	Implementar un modelo de gestión por competencias	Director de Gestión Humana	10%	50%	80%	100%
6	Fortalecimiento de la cultura organizacional	Director de Gestión Humana	25%	50%	75%	100%
7	Gestionar la acreditación con excelencia	Jefe de Calidad y Planeación	25%	50%	75%	100%
8	Consolidación del sistema de gestión integral de calidad	Jefe de Calidad y Planeación	25%	50%	75%	100%
9	Cumplimiento de estándares de la norma ISO 31000 (Gestión de riesgos)	Coordinador de Riesgos		40%	70%	100%
10	Gobierno en línea	Subgerente Administrativo	52%	75%	84%	100%
11	Generar Capacidades de innovación	Líder de Docencia Servicio e Investigación		30%	60%	100%
12	Consolidación del HGM como un hospital universitario	Líder de Docencia Servicio e Investigación	25%	50%	75%	100%
13	Consolidación y fortalecimiento del centro de ensayos clínicos	Líder de Docencia Servicio e Investigación	25%	50%	75%	100%
14	Adecuación del Servicio de Diagnóstico Cardiovascular, Laboratorio de Función Pulmonar y Electrodiagnóstico	Profesional Universitario - Arquitecto	10%	100%		
15	Plan maestro de sostenibilidad ambiental	Director de Apoyo Logístico	25%	50%	75%	100%
16	Gestión de equipos biomédicos, industriales y de soporte asistencial	Director de Apoyo Logístico	25%	50%	75%	100%

Plan de Desarrollo 2016 – 2019
Hospital General de Medellín “Luz Castro de Gutiérrez”

No	Proyecto Estratégico	Responsable	2016	2017	2018	2019
17	Cumplimiento de estándares de la norma ISO 27000 (Seguridad de la información)	Líder de Sistemas	25%	50%	75%	100%
18	Desarrollo del sistema de información e informática	Líder de Sistemas	25%	50%	75%	100%

CAPÍTULO. 6. PRESUPUESTO DE INVERSIÓN
PLAN DE DESARROLLO 2016-2019

Programa estratégico	Proyecto Estratégico	2016	2017	2018	2019	Total
Fortalecimiento del sistema de gestión integral de calidad	Gestionar la acreditación con excelencia	15.080.000	169.600.000	73.080.000	76.734.000	334.494.000
	Consolidación del sistema de gestión integral de calidad	0	31.500.000	16.800.000	17.640.000	65.940.000
Investigación, docencia e innovación	Generar Capacidades de innovación	0	23.450.000	24.622.500	25.853.625	73.926.125
	Adecuación del Servicio de Diagnostico Cardiovascular, Laboratorio de Función Pulmonar y Electro diagnóstico	0	1.862.239.382	0	0	1.862.239.382
Fortalecimiento de la gestión tecnológica	Gestión de equipos biomédicos, industriales y de soporte asistencial	718.162.520	500.000.000	0	0	1.218.162.520
TOTAL		733.242.520	2.586.789.382	114.502.500	120.227.625	3.554.762.027

CAPÍTULO. 7. PROYECCIÓN PRESUPUESTO DE INGRESOS Y GASTOS 2016-2019

CONCEPTO	2016	2017	2018	2019
INGRESOS ANUALES	287.671.683.724	286.466.186.231	202.592.443.308	191.215.182.283
Ingresos Corrientes	54.562.116.673	49.878.302.977	52.372.218.126	54.990.829.032
Ingresos de Capital	116.268.029.469	123.559.504.082	129.737.479.286	136.224.353.250
Disponibilidad inicial	116.841.537.582	113.028.379.172	20.482.745.896	0
GASTOS ANUALES	205.237.786.336	265.983.440.335	276.680.986.001	290.515.035.301
Funcionamiento	204.504.543.816	263.396.650.953	276.566.483.501	290.394.807.676
Gastos de operación comercial	0	0	0	0
Servicio de la deuda	0	0	0	0
Inversión	733.242.520	2.586.789.382	114.502.500	120.227.625
DISPONIBILIDAD FINAL	113.028.379.172	20.482.745.896	-74.088.542.693	-99.299.853.018

Para garantizar el sostenimiento, fortalecimiento y consolidación financiera, se debe trabajar imperiosamente en los procesos financieros: Recuperación de cartera, los ingresos y gastos por venta de servicios, la contratación, los costos, el control de las glosas y los planes de racionalización de costos y maximización de recursos.

CAPÍTULO. 8. BIBLIOGRAFÍA

- Ley 1751. (2015). Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf
- Naciones Unidas. (2015). Obtenido de <http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/mdgs/>
- Alcaldía de Medellín. (2014). *Informe de diagnostico de Modelo Integrado de Planeación y Gestión-MIPYG*. Medellín.
- Así vamos en Salud. (19 de 01 de 2016). *Así vamos en Salud*. Recuperado el 19 de 01 de 2016, de Así vamos en Salud: <http://www.asivamosensalud.org/inidicadores/financiamiento/grafica.ver/48>
- Banco de la Republica de Colombia. (2016). *Boletín de indicadores económicos*.
- Departamento Nacional de Planeación (DNP). (s.f.). Obtenido de Decreto 0280 del 18 de Febrero de 2015: <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Prensa/Publicaciones/05%20Objetivos%20de%20Desarrollo%20Sostenible%20para%20la%20web.pdf>
- Kaplan, R., & Norton, D. (1996). *Translating strategy into action: The Balanced Scorecard*. Boston.
- McDonald, B. (04 de 2012). *A Review of the Use of the Balanced Scorecard in Healthcare*. Obtenido de http://www.bmcdconsulting.com/index_htm_files/Review%20of%20the%20Use%20of%20the%20Balanced%20Scorecard%20in%20Healthcare%20BMcD.pdf
- Medellín Cómo Vamos. (2014). *Informe de Calidad de Vida de Medellín*.
- Medellín, S. d. (2014). *Indicadores básicos. Situación de Salud en Medellín*.
- Municipio de Medellín. (2014). *Metodología para la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión-Mipyg*. Medellín.
- World Economic Forum. (16 de 01 de 2016). Recuperado el 07 de 03 de 2016, de <http://www.weforum.org/agenda/2016/01/what-are-the-top-global-risks-for-2016>
- Departamento Nacional de Planeación (DNP), sobre el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 *Todos por un nuevo país*. Esta información se ha extraído de <http://www.fedesarrollo.org.co/wp-content/uploads/Luis-Fernando-Mej%C3%ADa-DNP.pdf>

Plan de Desarrollo 2016 – 2019
Hospital General de Medellín “Luz Castro de Gutiérrez”

Nota de EL ESPECTADOR “Los objetivos en salud del Plan Nacional de Desarrollo 2014 – 2018”. Publicada el 11 de Marzo del 2015. Esta columna se puede visualizar en: <http://www.elespectador.com/noticias/salud/los-objetivos-salud-del-plan-nacional-de-desarrollo-201-articulo-548720>

Ley No 1753 del 9 de Junio de 2015, por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 *todos por un nuevo país*.

Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública, PDSP 2012 – 2021. Tomado de: <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/home2013.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal para el control del cáncer 2012 - 2021. Tomado de: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20para%20el%20Control%20del%20C%C3%A1ncer.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. Plan estratégico sectorial 2014 – 2018, sector administrativo de salud y protección social. Tomado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/plan-estrategico-sectorial-2014-2018.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. Política Nacional de prestación de servicios. Tomado de: <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Documents/Politica%20Nacional%20de%20Prestaci%C3%B3n%20de%20Servicios%20de%20Salud.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. Política de Atención Integral en Salud. Tomado de: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/politica-integral-de-atencion-en-salud.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. Política Farmacéutica Nacional. Tomado de: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Politica%20Farmac%C3%A9utica%20Nacional.pdf>

Plan de Desarrollo Antioquia Piensa en Grande 2016 - 2019. Tomado de: <http://antioquia.gov.co/index.php/2014-01-03-13-49-44/plan-de-desarrollo>

Plan de Desarrollo Medellín Cuenta con Vos 2016 - 2019. Tomado de: https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/pccdesign/SubportaldelCiudadano_2/PlandeDesarrollo_0_17/Publicaciones/Shared%20Content/Documentos/2016/GACETA%204383.pdf