

**PROYECTO PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL PARA LA EMPRESA
SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA DEL MUNICIPIO DE
CHIGORODÓ - ANTIOQUIA 2008 - 2011**

**CARLOS ALBERTO IBARGUEN MENA
ELIÓN RENÉ MENESES LÓPEZ
NEMESIO DE JESÚS CATAÑO CORDOBA
CARLOS ANDRÉS LONDOÑO VÉLEZ**

**UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE MEDICINA
POSTGRADO EN GERENCIA DE LA SEGURIDAD SOCIAL
GRUPO 23**

MEDELLÍN - ANTIOQUIA

2008

**PROYECTO PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL PARA LA EMPRESA
SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA DEL MUNICIPIO DE
CHIGORODÓ - ANTIOQUIA 2008 - 2011**

**CARLOS ALBERTO IBARGUEN MENA
ELIÓN RENÉ MENESES LÓPEZ
NEMESIO DE JESÚS CATAÑO CORDOBA
CARLOS ANDRÉS LONDOÑO VÉLEZ**

**Trabajo de grado para optar el título de:
ESPECIALISTA EN GERENCIA DE LA SEGURIDAD SOCIAL.**

**UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE MEDICINA
POSTGRADO EN GERENCIA DE LA SEGURIDAD SOCIAL
GRUPO 23**

MEDELLÍN - ANTIOQUIA

2008

Nota de aceptación

Firma presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Medellín, _____ de 2008

AGRADECIMIENTOS

Expresamos nuestros más sinceros agradecimientos a:

Nuestros profesores del CES que de una u otra forma contribuyeron con nuestro proceso de formación, en especial al Dr. Hernán García Cardona, Coordinador Académico, División Posgrados, Facultad de Medicina, por su ayuda desinteresada en los momentos difíciles que tuvimos por la premura del tiempo y nuestras responsabilidades laborales o familiares.

A nuestras familias, amigos y compañeros por su apoyo incondicional.

Al órgano de dirección y funcionarios de la Empresa Social del Estado Hospital María Auxiliadora del Municipio de Chigorodó (Antioquia), al igual que a la comunidad en general por participar activamente en nuestro proyecto para la formulación y realización del Plan de Desarrollo Institucional.

CONTENIDO

	Pág
LISTA DE CUADROS	5
LISTA DE ANEXOS	6
I. INTRODUCCIÓN	10
II. MARCO TEÓRICO	13
1. RECONSTRUCCIÓN HISTÓRICA MUNICIPIO CHIGORODÓ – E.S.E MARÍA AUXILIADORA	13
2. PLATAFORMA DE GESTION DEL PROYECTO	15
2.1. Misión	15
2.2. Visión	15
2.3. Principios Básicos	16
3. SOPORTE JURÍDICO	17
4. SOPORTE TEÓRICO	19
4.1. El Proceso Salud - Enfermedad y Planificación Servicios de Salud	20
4.2. La Planeación en Salud	21
5. GLOSARIO	22
III. METODOLOGÍA	29
1. Técnicas y Procedimientos	30
2. Estudio de Viabilidad	30
3. Estudio de Factibilidad	31
IV. RESULTADO	32
1.1. ASPECTOS GENERALES DEL MUNICIPIO DE CHIGORODÓ	32
1.1.1. Educación	34
1.1.1.1. Establecimientos Educativos	34
1.1.2. Estructura poblacional	34
1.1.3. Perfil Epidemiológico	35
1.1.3.1. Perfil de Morbilidad	36
1.1.3.2. Perfil de Mortalidad	36

1.2.	ASPECTOS GENERALES DE LA E.S.E. HOSPITAL MARIA AUXILIADORA	38
1.2.1.	Recurso Humano	38
1.2.2.	Recursos Locativos	39
1.2.3.	Servicios que presta la E.S.E. Hospital Maria Auxiliadora	39
1.2.3.1.	Servicios Ambulatorios	39
1.2.3.2.	Actividades Médicas y de Enfermería de Protección Específica	40
1.2.3.3.	Actividades Médicas y de Enfermería de Protección Temprana	40
1.2.3.4.	Atención de Urgencias	40
1.2.3.5.	Servicios de Apoyo	40
1.2.3.6.	Servicios de Internación, Cirugía y Hospitalización	41
1.2.3.7.	Servicios Especializados Complementarios	41
1.2.3.8.	Servicios de Atención de Apoyo a Programas de Salud Pública	41
1.2.3.9.	Ambulancia	42
1.2.4.	Análisis de Producción	42
1.2.5.	Análisis Financiero	43
1.2.6.	DIAGNOSTICO SITUACIONAL	44
1.2.6.1.	Evaluación Interna	44
1.2.6.1.1.	Debilidades	44
1.2.6.1.2.	Fortalezas	44
1.2.6.2.	Evaluación Externa	45
1.2.6.2.1.	Oportunidades	45
1.2.6.2.2.	Amenazas	45
1.2.7.	PARTICIPACION SOCIAL	45
V.	DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	46
1.	PRODUCTOS ESPERADOS	48
2.	FORMULACIÓN DE PROYECTOS	48
2.1.	Aplicación apropiada del Manual de Procesos y Procedimientos	48
2.2.	Implementación del Sistema de Costos Hospitalarios	49
2.3.	Reactivación del Sistema de Control Interno	50
2.4.	Mejorar los Sistemas de Información	51

2.5.	Elaboración del Plan de Estímulos e Incentivos	52
2.6.	Elaboración del Plan de Inducción, Reinducción y Actualización	54
2.7.	Elaboración e Implementación Plan de Mantenimiento Preventivo y Correctivo	55
VI.	BIBLIOGRAFÍA	57
	ANEXOS (Fotografías ESE María Auxiliadora)	59 a 63

LISTA DE TABLAS

	Página
Tabla 1. Datos Estadísticos de la Educación en el Mpio de Chigorodó	30
Tabla 2. Distribución de la Población por Edad y Sexo	32
Tabla 3. Diez (10) primeras causas de Morbilidad en la ESE HMA	36
Tabla 4. Distribución por Edad de las Muertes, año 2007 Chigorodó	36
Tabla 5. Discriminación por Evento de Mortalidad	37
Tabla 6. Planta de Cargos ESE. Hospital Maria Auxiliadora	38
Tabla 7. Análisis de Producción	44
Tabla 8. Servicios Facturados por la E.S.E. HMA 2006 – 2007	45

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo 1. Mapa del Municipio de Chigorodó, Antioquia	56
Anexo 2. Fotografías de la ESE – Hospital María Auxiliadora	57 a 60

I. INTRODUCCIÓN

El presente documento tiene como finalidad, la elaboración del proyecto Plan de Desarrollo Institucional (PDI) para la Empresa Social del Estado Hospital María Auxiliadora de Chigorodó – Antioquia, vigencia: 2008 – 2011.

De acuerdo con la lógica operacional del nuevo Sistema de Seguridad Social en Salud colombiano, los tradicionales hospitales públicos “de caridad”, han debido realizar un proceso de transformación hacia una nueva forma de estructurarse y prestar servicios de salud a sus usuarios, bajo la concepción del modelo de Empresa Social del Estado, el cual se encuentra aun, en una fase de transición cuyos efectos iniciales, han resultado tan exitosos para unos, como críticos en otros.

Tradicionalmente las instituciones de salud, tanto oficiales como privadas, tenían garantizado su funcionamiento, en tanto las reglas del juego estaban diseñadas bajo el concepto de subsidio a la oferta, condicionado a insuficiencias en la cantidad y calidad de servicios en los subsectores oficial y privado; lo anterior, asociado a una gran deficiencia en la orientación del rumbo de las instituciones.

El modelo nuevo de prestación de servicios de salud, que se levanta sobre pilares de libre competencia, libre elección y libre mercado, ha conmocionado de manera importante a prestadores de servicios tanto oficiales como privados; modernizarse utilizando herramientas tanto tecnológicas como administrativas y gerenciales, se ha vuelto una condición fundamental para garantizar la permanencia en el mercado de servicios de salud.

La Empresa Social del Estado Hospital María Auxiliadora, es una institución de primer nivel de atención o baja complejidad en salud, está descentralizada y es del orden municipal y convertida en ESE mediante acuerdo número 027 de mayo 13 de 1995 emanado por el Concejo Municipal, con autonomía administrativa y financiera tal como lo contemplan las normas vigentes, siendo la única Institución Pública

Prestadora de Servicios de Salud en el municipio y que atiende a una población aproximada de 64.3848 habitantes según datos de la oficina del SISBEN, debe responder por el servicio en el municipio de acuerdo con los principios de la Ley 10 de 1990, la Ley 100 de 1993, la Ley 715 de 2001 y la Ley 1122 de 2007 y demás normas que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

En la actualidad la ESE Hospital María Auxiliadora no cuenta con un Plan de Desarrollo Institucional tal como lo contempla la normatividad vigente, lo cual no le permite tener un direccionamiento claro y estratégico dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Esto afecta a los usuarios de la ESE, repercutiendo en bajas coberturas, calidad precaria de los servicios y altos costos de operación.

Es importante tener en cuenta que en las decisiones de una empresa se deben considerar factores relacionados con todo lo que sucede en el medio en el que se desenvuelve. Toda buena administración debe ser conocedora de su entorno, ya que existen fuerzas que afectan la toma de decisiones, por lo tanto todo el equipo debe estar pendiente de los cambios del entorno, porque éstos se convierten en factores determinantes del futuro de las empresas y si no se captan oportunamente se corren riesgos innecesarios que pueden conducir al fracaso.

Dentro del modelo de seguridad social, la ESE es concebida como un actor social que funciona como un agente económico dentro del sector de la salud, en el marco de una plataforma económica de libre mercado y modelada por principios solidarios, que se encuentran bajo la regulación y control del Estado en el marco de las normas del Sistema de Seguridad Social en Salud. Esto significa, que las ESE deben funcionar con la autonomía política y financiera necesaria para poder prestar los servicios con calidez y calidad, necesarias para satisfacer las necesidades de salud del usuario y a su vez lograr sobrevivir, crecer y desarrollarse en medio de una competencia dada por otros prestadores dentro de un área social de mercado de los servicios de salud.

La Ley 100 de 1993 y la Ley 715 de 2001, establecen las funciones asignadas a la nación, departamentos, distritos y municipios en relación con la dirección y organización de la red prestadora de servicios de salud.

La ESE – HMA no podrá ser inferior al reto que le impone la normatividad vigente y la comunidad en general, por lo que debe formular un plan que muestre sus objetivos a corto, mediano y largo plazo, el mercado en el cual compite, los servicios y productos que ofrece, sus áreas fuertes y débiles, los recursos con que cuenta y su política de gestión, que servirá como carta de navegación y a su vez como instrumento de consulta y evaluación para administraciones futuras.

La puesta en marcha de este proyecto, le permitirá a la ESE orientar sus acciones, con el fin de lograr su misión y sus objetivos, el cual constituye la expresión de las estrategias globales asumidas por la organización a través de las diferentes dependencias dimensionando el cambio técnico que debe lograr desarrollar su gestión dentro de los lineamientos previstos. Dichas decisiones se elaboran con base en el análisis que contrasta la situación actual frente a la deseada.

II. MARCO TEORICO

1. RECONSTRUCCIÓN HISTORICA

Se tienen referencias de que los primeros fundadores del Municipio de Chigorodó datan de 1878, los personajes de mayor referencia dentro del proceso de construcción de la comunidad estuvo a cargo de las siguientes personas: José de los Santos Zúñiga, María Paredes, y Manuel Correa.

En 1905 es reconocido como corregimiento del Municipio de Turbo, y para el año de 1912 es erigido oficialmente Municipio a través de la Ordenanza #10 siendo Gobernador Clodomiro Ramírez. “Chigorodó” significa, en lengua indígena “Rio de Guaduas”, sus primeros pobladores se dedican a la explotación de la tagua, siembra de arroz y cacao, son de origen caribeño, e indígenas; sus primeros asentamientos se dan sobre las riveras del rio de guadua en Cayito. Tiene 31 veredas, 14 de las cuales albergan población indígena, la vereda Sadem Guacamaya es la que posee un mayor número de viviendas seguido de Guapá. Tiene un corregimiento, Baranquillita en donde la ESE tiene ubicado un centro de salud.

El municipio en las últimas décadas, ha presentado un acelerado crecimiento de concentración poblacional en el área urbana por efectos migratorios y vegetativos, iniciaron como asentamientos originados por invasiones, y se consolidaron como barrios a través del tiempo para conformar lo que hoy es el municipio con alta población urbana.

El municipio de Chigorodó cuenta con 7.090 ha de bosque en la parte alta de la serranía de Abibe, las cuencas de los ríos Chigorodó, Guapa y Juradó; el cual, es de gran importancia para la regulación de caudales, conservación de la biodiversidad y asentamientos indígenas.

En la unidad de Piedemonte; además de las áreas en pastos (37404 ha) se encuentran algunos relictos de bosques muy intervenidos (17.764ha), asociados con rastrojos altos y áreas para cultivos.

En la unidad de Abanico aluvial, se encuentran 4.000 ha de cultivos de banano y 1.665 ha de plátano, además de maíz y yuca; también presenta una buena concentración de ganado vacuno. La llanura aluvial cuenta con humedales en un área de 4.584 ha, los cuales, durante muchos años han sido objeto de una continua extracción de madera; en la actualidad se han establecido en esta unidad alrededor de 4.121 ha en pastos para ganadería extensiva y a pesar de los bajos rendimientos obtenidos en esta actividad, sigue la presión de la ganadería sobre áreas en rastrojos y bosques (POT municipio Chigorodó 2000).

La Cabecera del Municipio de Chigorodó está localizada a los 7° 40' 37" de latitud norte y 76° 41' 11" de longitud oeste, a una altura que varía entre 10 mts y 30 mts sobre el nivel del mar y a 307 Km. por carretera de Medellín. El Municipio cuenta con una extensión de 608 km² y cerca del 95% se encuentra en clima cálido. Las temperaturas medias oscilan entre 25 y 27° C mientras que las máximas llegan a 32°C. Las precipitaciones medias anuales oscilan entre 3000 y 4500 mm anuales, que se incrementan hacia la parte alta de la serranía donde llegan a 6000 mm. Los valores de humedad relativa son elevados durante todo el año y varían entre 85% y 92%, alcanzando su máximo en mayo y junio. En tempranas horas de la mañana incluso se llega a niveles de saturación.

Según datos de la DSSA, para el año 2007 el Municipio de Chigorodó, presenta un total de 64.384 habitantes, de los cuales 54.726 están en el casco urbano (85%) y el resto 8.658 (15%) en la zona rural. El 49% de la población es de sexo masculino y el 51% femenino.

La distribución poblacional por edad, está distribuida así: De 0 – 14 años: 39%, 14 – 24 años: 20%, 25 – 44 años: 26% y de 44 – 64 años: 11%, el restante 3% es adulto mayor.

Cuenta con 29 barrios y su población urbana esta distribuida por estrato de la siguiente manera: 61% en el estrato 1, el 26% en el estrato 2, el 11,5% en el estrato 3, y el 1% estrato 3 y 4. Los barrios más poblados en su orden son: El bosque, Kennedy, el Porvenir, La Unión, y 10 de Enero (en donde la ESE tiene un centro de salud a su cargo para la vigencia 2007).

Con esta reconstrucción histórica pretendemos que cada funcionario de la ESE pueda de alguna manera relacionar el ayer con la visión del hoy permitiendo proyectar la institución al futuro haciendo frente a los retos de calidad, equidad y gestión.

Esta línea de tiempo, es una síntesis estructurada la cual determina cualitativamente la evolución de la institución en relación con el Municipio y su población permitiendo mantener viva la misión del Hospital.

2. PLATAFORMA DE GESTION DEL PROYECTO

2.1. MISION

Nuestra razón de ser es “prestar servicios de salud del primer nivel de atención y algunas de segundo nivel, con calidad, oportunidad y eficiencia, para lo cual contamos con un recurso humano idóneo y con compromiso dispuesto a brindar la mejor atención a la comunidad de Chigorodó y Urabá en general”

2.2. VISION

Establecernos como la primera empresa de salud de la región para el año 2015, implementando los estándares de calidad hacia la excelencia, con mejoramiento

continuo, apoyándonos en el talento humano, infraestructura y tecnología adecuada, para brindar satisfacción plena a nuestros usuarios.

2.3. PRINCIPIOS BASICOS

ETICA (Principio estrella institucional): “Porque actuamos con honestidad, integridad y justicia en nuestras relaciones internas como las externas frente a los clientes y la comunidad en general”.

CALIDAD: Porque le garantizamos a nuestros clientes, calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada e integral.

RESPONSABILIDAD SOCIAL: Porque nuestras actividades son realizadas sin perjuicio para la sociedad y el entorno que nos rodea y acompaña.

IGUALDAD: Nuestras actividades están orientadas al mejoramiento de la salud general de los habitantes de Chigorodó sin privilegiar grupos especiales, de género o raza.

PRODUCTIVIDAD: Porque es la condición de permanencia y crecimiento de la ESE en el mercado de la salud de Urabá, para lograr su desarrollo, el cumplimiento de sus obligaciones y la responsabilidad con su personal, Usuarios y proveedores.

EFICIENCIA: Las actividades de la ESE y sus resultados se deben lograr utilizando en forma óptima y adecuada nuestros recursos.

EFICACIA: Los resultados de la gestión institucional en cada una de sus áreas deben lograrse en forma oportuna y cumplir con los objetivos y metas de la ESE o área respectiva.

3. SOPORTE JURÍDICO

Para la planeación local fue necesario tener en cuenta el escenario normativo actual, ya que este enmarca los grandes cambios que a nivel sanitario se están dando en Colombia y por ende en sus municipios.

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

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

Artículo 342: La correspondiente ley orgánica reglamentará todo lo relacionado con los procedimientos de elaboración, aprobación y ejecución de los planes de desarrollo y dispondrá los mecanismos apropiados para su armonización y para la sujeción a ellos de los presupuestos oficiales, determinará, igualmente, la organización y funciones del consejo nacional de planeación y de los consejos territoriales, así como los procedimientos conforme a los cuales se hará efectiva la participación ciudadana en la discusión de los planes de desarrollo y las modificaciones correspondientes conforme a lo establecido en la Constitución.

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

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

La Ley 87 de 1993. Establece que " El Control Interno es el sistema integrado por el esquema de organización, el conjunto de planes, métodos, principios, normas, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación adoptados por una entidad, con el fin de procurar que todas las actividades, operaciones y actuaciones, se realicen de acuerdo con las normas constitucionales y legales vigentes"

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

Con la Ley 152 de 1994, por la cual se establece la ley orgánica del Plan de Desarrollo y tiene como propósito establecer procedimientos y mecanismos para la elaboración, aprobación, ejecución, seguimiento, evaluación y control de los planes de desarrollo.

La Ley 715 de diciembre 21 de 2001, define las competencias y recursos para los entes territoriales del orden departamental y municipal, destinados para la salud con cargo al Sistema General de Participaciones.

Ley 1122 de enero 09 de 2007, por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

Decreto 1011 de abril 03 de 2006, por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Decreto 1020 de marzo 30 de 2007, Por el cual se reglamenta la ejecución y giro de unos recursos del régimen subsidiado y aspectos de la prestación de servicios de salud a la población cubierta con subsidio a la demanda.

Decreto 3039 de junio de 2007. Mediante el cual se adopta el plan nacional de salud pública 2007-2010.

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

Decreto 357 de febrero 08 de 2008, por medio del cual se reglamenta la evaluación y reelección de gerentes o directores de las Empresas Sociales del Estado del Orden Municipal.

Resolución 473 de febrero 13 de 2008, por medio de la cual se define la metodología para el diseño, elaboración y evaluación del plan de gestión de los gerentes o directores de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial y se adopta para ello un instrumento de medición y evaluación.

4. SOPORTE TEÓRICO

Se definió la planeación o planificación local siempre pensado que es un proceso secuencial de definición de necesidades y problemas no satisfechos en una población determinada, de valoración de los recursos disponibles, de establecimiento de metas y de ejecución de actividades prioritarias para alcanzar esas metas. Definida de esta forma la planeación se encasilló de manera meramente normativa de tipo programático, centrada en lo cuantitativo. Con las grandes transformaciones

a nivel constitucional, legal y político de los últimos años en Colombia se hizo necesario profundizar tanto conceptual como metodológicamente en la forma como el proceso de planeación se desarrolla.

La planeación es el proceso de establecer objetivos y escoger el medio más apropiado para el logro de los mismos antes de emprender la acción. La planeación se anticipa a la toma de decisiones. Es un proceso de decidir antes de que se requiera la acción (Ackoff, 1981)¹

La Constitución Nacional, la Ley 10 de 1990, la Ley 152 de 1994 y todo el proceso de descentralización implican profundas transformaciones en la planeación local; donde se persigue que los planes respondan a las necesidades de las comunidades y se busca dar un viraje de la planeación normativa a una estratégica y participativa.

4.1. El Proceso Salud - Enfermedad y la Planificación de los Servicios de Salud.

El planificador debió entender las diferentes definiciones de salud, de tal forma que le ayudaran a identificar aproximaciones con respecto al concepto salud - enfermedad.

No es procedente hablar de un modelo de salud sin tener en cuenta el proceso salud - enfermedad, o mejor aún el desarrollo mismo del proceso vital humano; en este sentido, se justificó recordar los factores que inciden en el proceso salud - enfermedad:

A) **Medio Ambiente:** Se relacionó este factor con fuentes de agua, prestación de servicios públicos, riesgos de tipo físico, químico o biológico, incluyó por lo tanto la exposición a la radiación, al ruido, a químicos, a microorganismos, animales, plantas que existan, el aire, agua, suelo o alimentos y que puedan inducir a

¹ Planeación Estratégica Aplicada, Santafé de Bogotá, 1998. P. 5

enfermedades. En esta consideración no se fue ajeno a la influencia de aspectos culturales y antropológicos que subyacen en la comunidad.

B) **Estilo de Vida:** Involucró hábitos, actitudes, o prácticas que influyen en el proceso de salud - enfermedad, producen o protegen la enfermedad, están articulados con el desarrollo de estrategias dirigidas a proteger la vida y la salud de los individuos y sus comunidades.

C) **Factores Biológicos:** Se incluyó acá las características genéticas y biológicas de una determinada condición en una población dada. Estará afrontada por el desarrollo de estrategias orientadas a aumentar la cantidad de años de vida sana, interviniendo factores de vida protectores o factores de vida saludable como recreación, ejercicio, dieta, uso de alcohol, cigarrillo, o sueño.

D) **Servicios de Salud:** Recogió este factor la forma en la cual se atienden las necesidades de salud, interviniendo los factores de riesgo, mejorando el acceso o la calidad de la atención. Un servicio de salud debe facilitar estrategias de intervención cuya finalidad es tratar casos de enfermedad y disminuir la letalidad y las secuelas.²

4.2. La Planeación en Salud

La planificación, aplicada a los servicios de salud, buscó la racionalidad de los planes y programas con metas y objetivos, para satisfacer la demanda, aumentar la cobertura y disminuir la morbi – mortalidad

Los logros en materia de salud, en América, han estado supeditados a las condiciones de cada país y a las diferentes estrategias formuladas nacional y regionalmente como respuesta a las problemáticas específicas de cada uno. Se debe tener en cuenta, al planificar, la importancia que reviste el análisis de todos los

² GIRALDO M, Luis Javier. UNA ALTERNATIVA DE CAMBIO EN SALUD. El Modelo de Salud en Un Proceso de Desarrollo. Rionegro, 1997. P 71-72

factores que inciden en la situación de salud para definir la metodología que se ha de proponer para intervenirlos.

En la obra de Cardona, Jorge y otros, se menciona que existe una dependencia externa, financiera y tecnológica, por medio de la cual se imponen políticas de salud y tecnologías que no son las apropiadas para las reales necesidades de cada país.

La planificación en salud, en la actualidad, es un proceso que desarrolla acciones de orientación y conducción del Sistema de Servicios de Salud, operación del sistema y conocimiento del mismo, la cual puede desarrollarse mediante diferentes metodologías de planeación estratégica entre las que se encuentran los de planeación prospectiva, planeación situacional y enfoque estratégico de servicios de salud.

5. GLOSARIO

AREA FUNCIONAL: Es el conjunto de unidades orgánico-funcionales mediante las cuales la Empresa Social del Estado – ESE, cumplirá las funciones que la Ley le asigne.

A.R.P: Administradoras de Riesgos Profesionales. Entidades cuyo objeto es la protección de los riesgos de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, una de sus principales funciones es la de fortalecer los programas de salud ocupacional y procurar la prevención de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

EPS - S: Empresa Promotora de Salud Subsidiada. Son las entidades encargadas de administrar los recursos de los subsidios en salud, pueden ser entidades promotoras de salud privadas, cajas de compensación familiar o empresas solidarias de salud.

ACTIVIDAD: Conjunto de procedimientos y tareas dispuestas para una acción corporativa (Estratégica, de apoyo o de producción)

COMISIÓN DE REGULACIÓN EN SALUD (CRES): Es una unidad administrativa especial, con personería jurídica, autonomía administrativa, técnica y patrimonial, adscrita al Ministerio de la Protección Social.

D.L.S: Dirección Local de Salud. Máximo organismo de Dirección del Sistema de Salud a nivel local.

D.S.S.A: Dirección Seccional de Salud de Antioquia. Máximo organismo de Dirección del Sistema de Salud a nivel Departamental.

DANE: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas.

DESARROLLO INSTITUCIONAL: Es la adecuación permanente de las áreas y unidades funcionales, así como la programación de la prestación de los servicios y demás actividades para cumplir la misión y objetivos de la entidad.

EMPRESA: Sistema social autónomo que cumple una finalidad específica dentro de una comunidad, de acuerdo con la razón de ser para la que fue creada. Esta compuesta por un conjunto de procesos organizados y sometidos a unas normas de funcionamiento, que toman recursos, los procesan o transforman a través de un procedimiento predeterminado y le agregan un nuevo valor de uso, para producir un bien o servicio, con el que satisface la necesidad de un cliente específico.

E.P.S: Empresa Promotora de Salud. Son las entidades que tienen a su cargo la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud y deben velar por la buena atención de las personas que afilian.

E.S.E: Empresa Social del Estado. Categoría especial de entidad pública descentralizada, en la cual se convierten las IPS de origen oficial.

FACTORES DE RIESGO: Se considera factor de riesgo en salud, “la identificación de los determinantes sociales, económicos y ambientales que determinan los problemas de salud de un grupo dado”³ y está definido como: “cualquier característica o circunstancia detectable en una persona o grupos de personas que se sabe está asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesta a un proceso mórbido”⁴

FOSYGA: Fondo de Solidaridad y Garantía, es el órgano encargado de administrar la financiación del Sistema de Seguridad Social en Salud.

IPS: Institución Prestadora de Servicios de Salud, tales como hospitales, clínicas, centros médicos, etc, donde los usuarios reciben atención en salud.

INSUMO: Resultado proveniente de un proceso proveedor y que será transformado por otro proceso.

N.B.I: Necesidades Básicas Insatisfechas. Condiciones de vida elementales y necesarias para el desarrollo social de un individuo o una comunidad, que no poseen en un momento determinado. Este indicador ha sido utilizado por Planeación Nacional para estratificar la población y asignar recursos.

NECESIDAD HUMANA: Se define como una carencia, que se percibe como una sensación displacentera que solo se resuelve con la presencia de un satisfactor apropiado.

³ CARDONA, Jorge.....

⁴ Ibid., p. 137-138

PLAN TERRITORIAL DE SALUD PÚBLICA: Su dirección, administración y financiamiento son estatales, su ámbito de acción está definido por la división político administrativa del país. Sus acciones son gratuitas para las personas y obligatorias para la autoridad municipal.

PLANEACIÓN: Es el proceso de establecer objetivos y escoger el medio más apropiado para el logro de los mismos antes de emprender la acción.

PLANEACIÓN ESTRATÉGICA: Es el proceso por el cual los miembros guías de una organización prevén su futuro y desarrollan los procedimientos y operaciones necesarias para alcanzarlos.

PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL: Es un sistema de decisiones asumidos por la empresa para orientar sus acciones con el fin de lograr su misión y sus objetivos.

POBLACIÓN VINCULADA: Franja de la población que no está afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud, ni posee capacidad de pago para sufragar los gastos generados por la prestación de servicios de salud.

POS: Plan Obligatorio de Salud. Es el paquete de servicios que debe garantizar todo prestador de servicios de salud (IPS) a los usuarios para asegurar la protección integral de la salud.

POS – S: Plan Obligatorio de Salud Subsidiado, El plan obligatorio de salud Subsidiado comprende los servicios procedimientos y suministros que el Sistema General de Seguridad Social en Salud garantiza a las personas aseguradas con el propósito de mantener y recuperar la salud.

PROCEDIMIENTO: Conjunto ordenado de las tareas requeridas para cumplir una actividad perteneciente a un proceso. Los diferentes procedimientos para una

actividad son excluyentes entre si, porque se seleccionan de acuerdo con los requisitos y el tipo de resultado esperado.

PROCESO: Sucesión de actividades en la que se agrega valor a un insumo, para generar un resultado que contribuye a la satisfacción de una necesidad manifestada por un cliente interno o externo de la empresa.

RECURSO: Elementos materiales, técnicos, humanos y económicos necesarios para transformar los insumos. Las fuentes de los recursos son las unidades administrativas de la empresa.

REGIMEN CONTRIBUTIVO: Conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y las familias al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización individual, familiar o un aporte económico previo, financiado directamente por el afiliado o en concurrencia entre este y el patrono.

REGIMEN DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA: Conjunto de normas que orientan y regulan la prestación de los servicios de salud por niveles de atención y grados de complejidad. Hace referencia a la ubicación de los recursos y el desplazamiento de los pacientes o muestras de laboratorio, cuando fuere necesario.

REGIMEN SUBSIDIADO: Conjunto de normas que rige el ingreso de las personas sin capacidad de pago y de su núcleo familiar al S.G.S.S.S. Cuando esta afiliación se hace a través del pago total de la unidad de pago por capitación (UPC), subsidiado con recursos fiscales o de la solidaridad.

RENTAS PROPIAS: Recursos obtenidos de la venta de servicios.

REQUISITO: Condiciones exigidas para dar inicio a un procedimiento.

RESULTADO: Bien o servicio que satisface una necesidad. El resultado es corporativo si es la consecuencia sinérgica de todas las actividades de un proceso. Es parcial si es el efecto de un procedimiento o tarea.

SERVICIO: se genera solo en el momento de ser consumido, como algo momentáneo, que no se deja almacenar” y que solo se ve concretado, en el momento en el que se produce la Interacción propia del contacto entre el usuario con su necesidad y el prestador del servicio con el satisfactor apropiado, el cual es apoyado por unos recursos físicos (consultorios, quirófanos, equipos, etc.) y realizado bajo un procedimiento específico, que generalmente requiere de un conocimiento particular.

S.G.S.S.S: Sistema General de Seguridad Social en Salud. Regula el servicio público esencial de salud y crea las condiciones de acceso a todos sus niveles de atención para las personas.

SISBEN: Sistema de Identificación de Beneficiarios para Programas Sociales. Encuesta que busca detectar el grado de pobreza para determinar el índice de necesidades básicas insatisfechas (NBI).

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD: Organismo de carácter técnico encargado de inspeccionar, vigilar y controlar las acciones del sector salud.

UNIDAD FUNCIONAL: Es el sistema integrado de funciones, mediante las cuales se desagregan los procesos y procedimientos de una empresa.

VEEDURÍA EN LA CALIDAD DEL SERVICIO: Mecanismo de control que ejerce la comunidad, sobre la calidad en la prestación de los servicios de salud.

P.O.T.: Documento elaborado por la Administración Municipal y aprobado por el Concejo de la localidad, el cual determina los usos, alturas, destinación, reservas y crecimiento de su propio territorio.

III. METODOLOGÍA

Mediante la elaboración del proyecto Plan de Desarrollo Institucional para la Empresa Social del Estado Hospital María Auxiliadora del Municipio de Chigorodó (Antioquia) para el período 2008 – 2011, pretendimos darle un direccionamiento claro y estratégico, con una prospectiva como instrumento metodológico dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Para lograr que el proyecto alcance las pretensiones establecidas es necesario que la ESE Hospital María Auxiliadora del municipio de Chigorodó, Antioquia, a través de la vigencia 2008 – 2011, continúe promoviendo la participación social en salud de los usuarios de la ESE, con el fin de legitimizar el Plan de Desarrollo Institucional; igualmente deberá realizar un diagnóstico institucional, que permita conocer sus debilidades, oportunidades, fortalezas y amenazas, para formular proyectos a partir de éste y definir estrategias de funcionamiento que le permitan a la ESE lograr la misión, la visión y sus objetivos.

La metodología que se utilizó fu la prospectiva, y esperamos que sea un instrumento que ayude a clarificar las finalidades por las que se actúa en la ESE María Auxiliadora, el para qué de su existencia y las posibilidades reales de modificar las circunstancias presentes trayendo intenciones de futuro. La prospectiva que se propuso es un enfoque que intenta evitar el concepto de que crecer sea sinónimo de llevar a cabo decisiones y acciones que signifiquen más de lo mismo, de manera audaz intentamos con el presente Plan de Desarrollo Institucional romper esquemas tradicionales y de superar las debilidades, utilizando eficazmente las fortalezas con que cuenta el hospital.

1. TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS

Los pasos que seguimos para la elaboración del proyecto plan de desarrollo de la ESE hospital María Auxiliadora del municipio de Chigorodó (Antioquia) fueron:

- Seleccionamos las áreas o servicios de la ESE hospital María Auxiliadora, dado que es la única IPS pública en el municipio.
- Dialogamos con funcionarios de la institución y miembros de la Junta Directiva.
- Se revisó el Plan de Desarrollo Municipal de Chigorodó 2008 – 2011, componente de salud.
- Se revisaron los registros estadísticos de la ESE.
- Se inspeccionaron los datos estadísticos en la oficina del SISBEN del municipio.
- Se capacitó a la mayoría de los funcionarios de la ESE a través de talleres sobre la metodología (DOFA) para que la apliquen a las diferentes áreas o servicios.
- Se analizó el portafolio de servicios de la ESE.
- Se elaboró el Proyecto para el Plan de Desarrollo Institucional, según el presupuesto de la ESE.

2. ESTUDIO DE VIABILIDAD

Observamos directamente la voluntad y el decidido apoyo del órgano de dirección de la ESE, al igual que los funcionarios para la formulación del Proyecto Plan de Desarrollo Institucional.

En el Proyecto Plan de Desarrollo del Municipio de Chigorodó para el período 2008 – 2011, se refleja la importancia y apoyo que la administración municipal le dará a la ESE – Hospital Maria Auxiliadora para su fortalecimiento.

3. ESTUDIO DE FACTIBILIDAD

La ESE – Hospital Maria Auxiliadora cuenta con los recursos humanos, físicos, materiales, financieros y logísticos que le permite garantizar la formulación del Plan de Desarrollo Institucional.

IV. RESULTADO

1.1. ASPECTOS GENERALES DEL MUNICIPIO.

Desde mediados del siglo XIX en el territorio de Mutatá han coexistido indígenas Catíos, negros Chocoanos y Caribeños dedicados a las actividades recolectoras de tagua y caucho, y a las extractivas; en los primeros años del siglo XX se incorporó la producción bananera la cual atrajo a gentes provenientes del interior principalmente de la Gran Antioquia en su segundo desarrollo (agroindustrial) se origina así un proceso de poblamiento temprano, asociado a actividades extractivas y a la producción agrícola en pequeña escala.

Los campesinos expulsados del norte y centro de Urabá por efectos de la violencia política y económica del 48 se desplazaron hacia la periferia de la zona centro y tomaron como referencia a Chigorodó y Bajirá, al no poder encontrar baldíos por ocupación de anteriores migraciones. En los inicios de la década del sesenta se incremento la potrerización (haciendas ganaderas) de las zonas bajas de las cuencas de los ríos Sucio y León continuando su avance colonizador hasta los valles del río Atrato, Salaquí y Cacarica; En la década de los setenta se presenta una ocupación del territorio de Bajirá desarrollada por tres movimientos migratorios: Uno de Sinuanos y Chilapos procedentes del norte y centro, el segundo de campesinos procedentes de Antioquia y del interior del país, y el tercero de Chocoanos del Atrato.

El municipio se ubica en el piso térmico cálido, pero durante el régimen de lluvias ocurren cambios considerables en el comportamiento de las variables climatológicas. La formación vegetal a la que pertenece la mayoría del municipio es la del bosque muy húmedo tropical.

El municipio se encuentra a 306 kilómetros de la ciudad de Medellín comunicada por una carretera pavimentada casi en su totalidad, dicha carretera solo llegó a estos municipios en 1947.

Los municipios de Chigorodó, Turbo, Apartado y Carepa se comunican por una vía pavimentada de condiciones aceptables. De la cabecera municipal existen vías de penetración a algunas veredas localizadas al oriente de las fincas bananeras; también existe comunicación con la capital Antioqueña con una empresa aérea que realiza vuelos diarios.

El entorno rural, se caracteriza por tener una población dispersa en toda su geografía, con baja densidad de ocupación y en correspondencia a sus actividades productivas, de economía primaria (ganadería, minería, agricultura, pesca y explotación maderera), y de infraestructura de apoyo a la producción, por servir a los núcleos urbanos, como despensa y base de producción y reproducción (materia prima y alimentos) y a los mercados en función de los niveles de competitividad ofrecidos.

Es continua la dinámica de poblamiento agresivo que altera el crecimiento armónico del municipio. Motivado por diferentes factores, uno de ellos debido al paso de la responsabilidad del empresario al Municipio, a quien se debe la generación de condiciones mínimas para la reproducción de la fuerza laboral para el trabajador y su familia; la segunda motivada por la alta movilidad de la población del campo a la ciudad y de esta a otros lugares, por condiciones de orden público, en momentos en que el municipio no se encuentra preparado, en condiciones políticas, administrativas y presupuestales para responder a los requerimientos actuales y futuros.

1.1.1. Educación.

Tabla 1. Datos Estadísticos de la Educación en el Municipio de Chigorodó

SECTOR	TRANSICION	BASICA PRIMARIA	BASICA SECUNDARIA	MEDIA	ADULTOS
OFICIAL	872	6.442	3.429	874	494
TOTAL	12.111				
PRIVADO Y COBERTURA	697	3.399	869	108	576
TOTAL	5.549				
COBERTURA NUEVA	70	304	233		
TOTAL	607				

1.1.1.1. ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS

A. Zona Rural:

Establecimientos Educativos Oficiales	24
Establecimientos Educativos Oficiales Indígenas	4

B. Zona Urbana:

Establecimientos Educativos Oficiales	16
Establecimientos Educativos No Oficiales	6

1.1.2. ESTRUCTURA POBLACIONAL

La distribución de la población por edad y sexo fue de la siguiente manera al 2007

Tabla 2. Total Población censada en hogares particulares y lugares especiales de alojamiento.

CHIGORODO 2007									
	TOTAL			CABECERA			RESTO		
	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer
Total	64.738	31.714	33.024	56.086	27.150	28.936	8.652	4.564	4.088
0 a 4	8.629	4.334	4.295	7.276	3.627	3.649	1.353	707	646
5 a 9	8.507	4.347	4.160	7.194	3.648	3.546	1.313	699	614
10 a 14	8.266	4.305	3.961	7.125	3.693	3.432	1.141	612	529
15 a 19	7.212	3.436	3.776	6.288	2.958	3.330	924	478	446
20 a 24	5.848	2.639	3.209	5.136	2.291	2.845	712	348	364
25 a 29	5.147	2.458	2.689	4.510	2.108	2.402	637	350	287
30 a 34	4.342	1.976	2.366	3.800	1.714	2.086	542	262	280
35 a 39	4.058	1.895	2.163	3.608	1.671	1.937	450	224	226
40 a 44	3.416	1.657	1.759	3.037	1.452	1.585	379	205	174
45 a 49	2.701	1.353	1.348	2.381	1.179	1.202	320	174	146
50 a 54	1.916	985	931	1.689	850	839	227	135	92
55 a 59	1.425	713	712	1.226	612	614	199	101	98
60 a 64	966	499	467	821	414	407	145	85	60
65 a 69	923	441	482	802	376	426	121	65	56
70 a 74	619	311	308	517	240	277	102	71	31
75 a 79	411	193	218	361	164	197	50	29	21
80 a 84	207	110	97	179	95	84	28	15	13
85 a 89	108	49	59	100	46	54	8	3	5
90 a 94	27	7	20	26	6	20	1	1	0
95 a 99	8	5	3	8	5	3	0	0	0

Fuente: DSSA "poblaciones 2007"

1.1.3. Perfil epidemiológico

Las características geográficas y demográficas acompañadas de los cambios en las condiciones de vida, la problemática económica, social, cultural, el desplazamiento forzoso (interno y externo), los avances tecnológicos y la implantación y desarrollo del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), han tenido y tienen profundas implicaciones en el perfil de morbimortalidad en el municipio.

Las condiciones sanitarias deficientes acompañadas de las condiciones ambientales, hacen de la población del municipio de Chigorodó un núcleo que presenta en su gran mayoría iguales características de comportamiento frente al cuidado de su salud y el mejoramiento de sus condiciones de vida.

1.1.3.1. Perfil de morbilidad

Tabla 3. DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD POR SERVICIOS EN LA ESE MARIA AUXILIADORA EN SU ORDEN, PRIMER SEMESTRE 2008

URGENCIAS	EXTERNA	MORBILIDAD HOSPITALIZACION
SINDROME FEBRIL.	RESFRIADO COMUN	PARTO UNICO ESPONTANEO
CEFALEA Y MIGRAÑA.	PARASITOSIS INTESTINAL	ABCESO CUTANEO
ASMA NO ESPECIFICA	VAGINITIS AGUDA	NEUMONIA NO ESPECIFICA
DOLOR ABDOMINAL	INFECCION VIAS URINARIAS	ASMA
DIARREA INFECCIOSA	LUMBAGO NO ESPECIFICO	INFECCION DE VIAS URINARIAS
GASTROENTERITIS NO ESPECIFICA	DIARREA Y GASTROENTERITIS	AMENAZA DE PARTO
HERIDA EN EL CUERPO	ASMA	DIARREA Y GASTRO
TRAUMA NO ESPECIFICO	FIEBRE	FIEBRE
LUMBAGO NO ESPECIFICO	CEFALEA NO ESPECIFICA	ENFERMEDAD PULMONAR
HIPERTENSION ARTERIAL Y CRISIS	GASTRITIS	INSUFICIENCIA CARDIACA

1.1.3.2. Perfil de mortalidad

Fueron presentadas las primeras causas de muerte para el año 2007:

Tabla 4. Distribución por edad de las muertes ocurridas en el municipio de Chigorodó año 2007.

Intervalos de edad	Frecuencia	Porcentaje
0-4	8	14.1
5-9	1	1.2
10-14	0	0.0
15-19	6	8.2
20-24	5	7.1
25-29	4	5.9

30-34	3	3.5
35-39	3	3.5
40-44	1	1.2
45y más	22	49.4
Sin inf.	4	5.9
Total	57	100.0

Para el año 2007 se presentaron un total de 57 muertes de las cuales 24 fueron mujeres y 33 fueron Hombres, con un promedio de edad de 54 años y una desviación de 28

Tabla 5. Discriminación por evento de mortalidad:

EVENTO	CAUSAS ASOCIADAS	NUMERO DE EVENTOS	PORCENTAJE	EQUIVALENTE
12 Muertes por Enfermedad del Sistema Cardiovascular	* Paro Cardiorespiratorio	5	29.9%	Que equivalen al 2.6% muertes por cada 10.000 habitantes
	* Hipertensión Arterial.	4		
	* Infarto Agudo del Miocardio	3		
12 Muertes Violentas	* Homicidios	10	Representan el 87.5% de las muertes en hombres en el municipio.	Que equivalen al 2.3% muertes por cada 10.000 habitantes.
	* Accidentes	2	Representan el 12.5% de las muertes en mujeres en el municipio.	
Otras causas sin un Diagnostico claro en el acta de defunción		10		
Muertes por Enfermedades del Sistema Respiratorio	* Neumonía * Paro Respiratorio * Anoxia * IRA	9		Que equivalen al 1.5% muertes por cada 10.000 habitantes.
7 Muertes por Cáncer	* Cáncer de Cerviz	4		
	* Cáncer de Pelvis	1		
	* Cáncer Hepático	2		
Muertes por Tumores		3		Que equivalen al 3.2% muertes por

				100.000 habitantes.
Muertes por Enfermedades del Sistema Digestivo	EDA	2	6.5%	Que equivalen al 5.8% muertes por 100.000 habitantes.

Fuente: Instituciones notificadoras y Medicina Legal del municipio hacia la Gerencia de información de la Secretaría de Salud y Bienestar Social.

Observamos que las enfermedades del Sistema Cardiovascular son la primera causa de muerte en el municipio, seguido de las muertes Violentas (Homicidios y Accidentes de Transito) con igual número de defunciones para el año 2007.

1.2. ASPECTOS GENERALES DE LA ESE

La ESE Hospital Maria Auxiliadora del Municipio de Chigorodó – Antioquia, es una entidad sin animo de lucro, dedicada a prestar servicios de salud a la comunidad, de origen publico, que pertenece al subsector oficial de la salud. Creada mediante decreto 561 de diciembre 20 de 1963, se reestructura transformándose en una empresa social del estado en calidad de entidad descentralizada del orden municipal, dotada de personería jurídica, patrimonio propio y autonomia administrativa.

1.2.1. RECURSO HUMANO

Tabla 6. Planta de Cargos para el año 2008.

ESE HOSPITAL MARIA AUXILIADORA		
Cargos Administrativos	Cargos	%
Gerente	1	4
Subdirección administrativa y financiera	1	4
Secretaria	2	8
Técnico Administrativo (Contabilidad)	2	8
Almacenista	1	4
Auxiliar de Servicios generales	8	32
Auxiliar administrativo (Facturación)	1	4
Auxiliar Administrativo (Cajero)	4	16
Jefe de Control Interno	1	4
Almacenista Auxiliar	1	4
Técnico Administrativo (Presupuesto)	1	4
Técnico Administrativo (Facturación)	1	4
Técnico (Cartera y Tesorería)	1	4
Total Administrativos	25	100

RESUMEN	Cargos	%
Total Administrativos	25	35
Total Asistenciales	46	65
Gran Total	71	100

PLANTA DE CARGOS VS PERSONAL POR CONTRATO		
DETALLE	Cargos	%
Personal de planta	71	61
Personal por contrato	45	39
Gran Total	116	100

El personal que labora por contrato en la ESE es muy alto (39%) con relación al de planta, lo que puede afectar el normal desarrollo de la ESE, al igual que genera inestabilidad laboral

1.2.2. RECURSOS LOCATIVOS

Pudimos constatar que la planta física requiere adecuaciones y ampliaciones especialmente en el servicio de urgencia.

1.2.3. SERVICIOS QUE PRESTA LA ESE

Verificamos y registramos los siguientes servicios que funcionan en el Hospital:

1.2.3.1. SERVICIOS AMBULATORIOS

Consulta Externa

- Consulta Médica General.
- Consulta Odontológica.
- Optometría y Suministro de lentes.
- Trabajo Social.
- Consulta Ginecobstétrica.

1.2.3.2. ACTIVIDADES MÉDICAS Y DE ENFERMERIA DE PROTECCIÓN ESPECÍFICA.

- Vacunación.
- Atención Preventiva de Salud Bucal.
- Atención en Planificación Familiar a hombres y mujeres.

1.2.3.3. ACTIVIDADES MÉDICAS Y DE ENFERMERIA DE DETECCION TEMPRANA.

- Detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo (menores de 10 años).
- Detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven
- Detección temprana de las alteraciones del embarazo.
- Detección temprana de las alteraciones del adulto mayor
- Detección temprana del cáncer de cuello uterino.
- Detección temprana del cáncer de seno.
- Detección temprana de las alteraciones de la agudeza visual.

1.2.3.4. ATENCION DE URGENCIAS (24 HORAS)

- Consulta médica de urgencias (con salas de observación para hombre y mujer, dos salas de procedimientos, sala de reanimación y una sala de ginecología).
- Procedimientos urgentes de primer nivel.
- Consulta odontológica de urgencia.

1.2.3.5. SERVICIOS DE APOYO

- Suministro de medicamentos (farmacia).
- Ayudas diagnósticas.
- Laboratorio Clínico de primer nivel.
- Rx sin lectura.
- Electrocardiogramas.
- Ecografías obstétricas programadas, colposcopias, Biopsias.
- Servicio de transporte de pacientes (TAB) 24 horas.

1.2.3.6. SERVICIOS DE INTERNACION, CIRUGIA Y HOSPITALIZACION.

- Habitación doble o individual.
- Atención del parto (con sala de trabajo de parto).

1.2.3.7. SERVICIOS ESPECIALIZADOS COMPLEMENTARIOS.

- Amplia programación de charlas para los pacientes inscritos en los programas, las cuales son dictadas por los médicos, las enfermeras y por personal externo si se requiere.

1.2.3.8. SERVICIOS DE ATENCION DE APOYO A PROGRAMAS DE SALUD PÚBLICA Y VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.

- Para estos servicios cuenta con los siguientes recursos físicos y humanos:
 - Médicos Generales.
 - Enfermeras Jefes.
 - Auxiliares de Enfermería.
 - Odontólogos.
 - Higienistas orales.
 - Auxiliares de consultorio odontológico.
 - Bacteriólogo.
 - Auxiliares de Laboratorio Clínico.
 - Tecnólogo en imagenología (Rx).
 - Regente de Farmacia.
 - Auxiliares de Farmacia.
 - Promotores Indígenas.
 - Auxiliares de Vacunación.

El área de hospitalización la encontramos bien dotada y otras áreas que consideramos hacen mas humanizada la atención al paciente.

- **21 Camas.**

1.2.3.9. AMBULANCIA

- Inspeccionamos el vehículo y pudimos constatar que cumple con las características exigidas por la ley, incluyendo la recepción del paciente en el sitio de origen, la aplicación de medidas iniciales de estabilización de acuerdo a recursos y normas establecidas y el traslado de un destino que bien pueda ser para recibir atención en un centro asistencial para que le realicen procedimientos paramédicos o de laboratorio o cuando es transporte a su domicilio habitual por haber sido dado de alta.

1.2.4. ANÁLISIS DE PRODUCCION

Estudiamos los registros por servicios y concluimos que las actividades más representativas fueron:

Tabla 7. ANÁLISIS DE PRODUCCIÓN EN LOS SERVICIOS MAS REPRESENTATIVOS DE LA ESE HMA.

TIPO DE ACTIVIDAD	Producción general por año (unidad = # de actividades)		
	2006	2007	% Variación
Consulta ambulatoria	48,059	54,290	13.0
Consulta urgencias	19,274	19,386	0.6
Citologías CV	4,619	4,913	6.4
Consultas odontológicas	5,583	3,089	-44.7
Salud Oral	7,475	13,490	80.5
Hospitalización (incluye atención del parto)	8,507	6,136	-27.9
Exámenes de laboratorio	71,182	109,802	54.3
Imágenes diagnósticas	2,551	2,550	0.0
Vacunación	17,366	30,682	76.7
Remisiones o traslados	1,889	1,730	-8.4

El servicio que más actividades representa para la ESE es el de salud oral, seguido del de vacunación; y los que menos representan son el de hospitalización y consultas odontológicas.

1.2.5. ANALISIS FINANCIERO DE LA ESE

Expusimos a la administración del hospital que antes de emprender cualquier proyecto en la institución deben conocerse en forma minuciosa el estado financiero de la Institución para tener en cuenta los recursos que se destinarán para la ejecución de las actividades que demanda la puesta en marcha de cualquier proyecto que pretendan desarrollar.

La ESE – HOSPITAL MARIA AUXILIADORA del municipio de Chigorodó, atraviesa por una situación financiera aceptable, lo cual permite destinar recursos para la ejecución de proyectos a corto plazo.

Tabla 8. Servicios Facturados por la ESE años 2006 vs 2007.

SERVICIOS	AÑO		% VARIACIÓN
	2006	2007	
MEDICAMENTOS	\$ 780,388,725	\$ 1,016,198,319	30
MATERIALES	\$ 135,012,178	\$ 134,790,064	0
CONSULTA AMBULATORIA	\$ 1,475,172,876	\$ 1,562,367,000	6
CONSULTA URGENCIAS	\$ 733,948,100	\$ 728,881,850	-1
HOSPITALIZACIÓN	\$ 564,015,600	\$ 488,516,700	-13
ESTANCIA - HOSPITALARIA	\$ 635,410,400	\$ 494,806,600	-22
LABORATORIO	\$ 367,640,500	\$ 446,193,000	21
RADIOLOGÍA	\$ 66,323,300	\$ 70,159,450	6
REMISIONES	\$ 176,573,241	\$ 186,030,444	5
CITOLÓGÍAS	\$ 61,949,200	\$ 69,505,600	12
CONSULTAS ODONTOLÓGICAS	\$ 116,197,550	\$ 182,941,935	57
SALUD ORAL	\$ 230,025,840	\$ 320,860,500	39
VACUNACIÓN	\$ 38,945,200	\$ 76,418,800	96
TOTAL	\$ 5,381,602,710	\$ 5,777,670,262	238

En general se observa un comportamiento positivo de la facturación de la ESE, pero preocupa como decrecieron los servicios de hospitalización y estancia hospitalaria. Es posible que esta decreción se deba a que la gente se hospitaliza menos, es decir, se le resuelve su problema de salud en un corto tiempo.

1.2.6. DIAGNOSTICO SITUACIONAL.

Se evaluó que la entidad tiene como referencia toda la población y es el ente administrativo del Municipio de Chigorodó para la atención en salud de dicha población el Hospital María Auxiliadora, a través del cual se atiende a toda la comunicad pobre y vulnerable, incluyendo la que esta sin ningún tipo de seguridad social, de acuerdo a la disponibilidad de los recursos que se tienen para ello. Igualmente, se atiende a toda la población afiliada al Régimen Subsidiado de Salud que se encuentra asegurada en las distintas EPS con afiliación poblacional, las cuales están repartidas así, base de datos de la ESE a 30.06.08:

1.2.6.1. Evaluación Interna

Hicimos durante toda nuestra investigación y desarrollo de nuestro proyecto una evaluación interna a la ESE, donde encontramos:

1.2.6.1.1. Debilidades

- Tecnología obsoleta.
- Estructura locativa antigua e inadecuada.
- Inoperancia en la aplicación del manual de procesos y procedimientos.
- Deficiente clima organizacional.
- Ausencia de un sistema de costos.
- Deficiencia del Sistema de Información.

1.2.6.1.2. Fortalezas

- Sistema de Control Interno operativo.
- Recurso humano idóneo y con amplia experiencia laboral.
- Eficiencia en el manejo de los recursos financieros.
- Espacio suficiente que permite ampliar y adecuar la infraestructura física de la ESE.
- Remuneración oportuna a los funcionarios.
- Buena imagen ante la población del municipio.

1.2.6.2. Evaluación Externa

Así mismo, se evaluó las condiciones y factores externos al Hospital, lo cual nos permitió determinar los siguientes factores:

1.2.6.2.1. Oportunidades

- Apoyo de la administración municipal a la ESE.
- Porcentaje obligatorio que deben contratar las EPS–S con las ESE.
- Celebración de convenios interadministrativos del ciento por ciento de los recursos para la población vinculada con la ESE.
- Descentralización municipal de la salud.
- Diversidad de proveedores de insumos esenciales hospitalarios.
- Buena ubicación geográfica del municipio en la región.
- Única IPS pública del Municipio.
- Plan Territorial de Salud Pública.

1.2.6.2.2. Amenazas

- La población está desinformada respecto a los beneficios, deberes y derechos dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Aumento de la población vinculada.
- Recorte en los recursos del Sistema General de Participación para la población vinculada.
- Cultura de no pago.

1.2.7. PARTICIPACIÓN SOCIAL

Contamos con la participación activa de la Junta Directiva, la Asociación de Usuarios al igual que los funcionarios de la Empresa Social del Estado Hospital María

Auxiliadora Chigorodó en el proyecto: formulación del Plan de Desarrollo Institucional, lo cual le dió legitimidad al plan.

V. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Es el proceso de medir cualitativa y cuantitativamente un acontecimiento, a través de diferentes métodos. Incluye la comparación de los resultados esperados con los resultados reales. Es el análisis de los resultados alcanzados frente a las metas y objetivos propuestos.

La evaluación hace parte del proceso de control que se efectúa como resultado de éste, en la siguiente forma: El control actúa con base en una norma dada previamente, la evaluación al recibir la información obtenida en el control, la compara con los resultados que se pretende obtener para alcanzar o no los objetivos propuestos.

Le sugerimos a la Administración de la ESE, que el Plan de Desarrollo Institucional se debe evaluar mínimo cada tres meses con la participación activa de los funcionarios, con el fin de determinar el grado de cumplimiento de los objetivos trazados a la fecha y en la medida que estos no se estén cumpliendo se tomen los correctivos y/o ajustes necesarios para el cumplimiento del plan.

El Plan de Desarrollo Institucional formulado esperamos que sea una herramienta de gestión que le permitirá a la ESE hospital María Auxiliadora del municipio de Chigorodó tener un direccionamiento claro y estratégico dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Los diálogos y los talleres de capacitación que realizamos a los usuarios de la ESE hospital María Auxiliadora esperamos que los motiven a participar en la formulación del Plan de Desarrollo Institucional de manera activa y comprometida.

Encontramos que la infraestructura física del servicio de urgencias requiere remodelación para la prestación adecuada de éste servicio adecuadamente.

La legitimidad del Plan de Desarrollo Institucional está condicionada por la manera como los servidores de la ESE lo entiendan como propio y se sientan importantes en su construcción e implantación.

Detectamos que la inoperancia del Sistema de Control Interno, no le permite a la ESE controlar los procesos y procedimientos que en ella se desarrollan.

La carencia de documentación, imposibilita tener una memoria organizacional, concentrando ésta en individuos aislados interpretando y aplicando cada cual los procesos a su manera.

Se sugirió a las Directivas de la ESE, promover el sentido de pertenencia, donde la visión estratégica sea bien asimilada, donde las normas, obligaciones y derechos sean conocidos y aplicados por todos, donde cada uno de sus miembros pueda participar libremente aportando sugerencias para el mejoramiento no sólo de su cargo si no de los procesos completos de la ESE.

Expusimos mediante conversaciones con el Gerente del Hospital, desarrollar un plan de estímulos que permita el mejoramiento del clima organizacional, que tenga en cuenta aspectos de motivación, relaciones interpersonales, la comunicación, el conflicto, la innovación y el estilo gerencial.

Esperamos que se difunda permanentemente los principios o valores corporativos, la misión y visión de la ESE a través de diferentes medios de comunicación.

Demostramos que es fundamental para el Hospital reactivar el Sistema de Control Interno pues le permitirá a la ESE controlar los procesos y procedimientos que en ella se desarrollan.

Consideramos importante que por parte de las directivas del Hospital Gestionen recursos financieros ante el organismo departamental, nacional e internacional para la adecuación de la infraestructura física.

Recomendamos evaluar trimestralmente y con la participación activa de los funcionarios el Plan de Desarrollo Institucional de la ESE, igualmente desarrollar adecuadamente las funciones básicas del proceso administrativo.

1. PRODUCTOS ESPERADOS

- Diagnóstico Institucional Realizado.
- Proyectos Formulados A Partir Del Diagnóstico Institucional
- Proyecto Plan De Desarrollo Institucional Formulado Con La Participación De Los Usuarios De La ESE.
- Proyecto Plan De Desarrollo Institucional Formulado Para La Vigencia 2008 - 2011.
- Estrategias de funcionamiento definidas para la ESE.
- Periodicidad de evaluación del plan de desarrollo institucional definido.

2. FORMULACIÓN DE PROYECTOS

2.1. PROYECTO 1: APLICACIÓN APROPIADA DEL MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

Objetivos:

- Organizar los procesos y procedimientos de la ESE como base para su mejoramiento.
- Revisar, actualizar y difundir los manuales de procesos, procedimientos y funciones.
- Optimizar los recursos de la ESE.

Estrategias:

- Capacitación a todo el personal en relación a los procesos, procedimientos y funciones.
- Retroalimentación permanente de los procesos, procedimientos y funciones.
- Evaluar periódicamente los manuales.

Responsables:

- Gerencia.
- Subgerencia administrativa y financiera.
- Comité Técnico Científico.

Tiempo de Ejecución:

Permanente.

Producto esperado:

Aplicación correcta y permanente del Manual de Procesos y Procedimientos Implementados.

Indicador:

- Porcentaje de cumplimiento de las actividades.

Costo:

Tres millones de pesos (\$3'000.000)

2.2. PROYECTO 2: IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE COSTOS HOSPITALARIOS.

Objetivos:

- Desarrollar un instrumento que arroje los costos reales de la producción.
- Realizar el análisis de costo producción.

- Elaborar una herramienta para la toma de decisiones.

Estrategias:

- Retomar documentos y elementos que permitan la capacitación.
- Identificar los diferentes centros de costos.
- Elaborar registros para la recolección de la información.
- Actualizar inventarios.

Responsables:

- Gerencia.
- Subgerencia administrativa y financiera.
- Coordinadores de áreas.

Tiempo de Ejecución:

- Permanente.

Producto esperado:

Sistema de costos implementado para el análisis permanente.

Indicador:

- Porcentaje de cumplimiento de las actividades.

Costo:

Quince millones de pesos (\$15'000.000)

2.3. PROYECTO 3: REACTIVACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO.

Objetivos:

- Establecer control sobre los procesos y procedimientos de la ESE.

- Velar por el cumplimiento de la misión, visión y principios o valores corporativos de la ESE.
- Fomentar en la ESE la cultura de control y autocontrol.

Estrategias:

- Conformar un comité de Control Interno.
- Mantener actualizado el Reglamento Interno de la ESE.
- Revisar los manuales de procesos y procedimientos.
- Revisar los manuales de funciones.

Responsables:

- Gerencia.
- Subgerencia administrativa y financiera.
- Comité de control interno.

Tiempo de Ejecución:

- Permanente.

Producto esperado:

La ESE cuenta con el Sistema de Control Interno Reactivado y operando.

Indicador:

- Porcentaje de cumplimiento de las actividades

Costo:

Dos millones de pesos (\$2'000.000)

2.4. PROYECTO 4: MEJORAR LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN.

Objetivos:

- Contar con una herramienta veraz y útil para analizar la producción.
- Mejorar los registros y archivos estadísticos.

Estrategias:

- Analizar las ayudas y opciones que nos ofrece el programa existente en la ESE.
- Comprometer al personal para que elabore correctamente los registros.
- Mantener actualizado los RIPS.

Responsables:

- Gerencia.
- Comité técnico científico.
- Subgerencia administrativa y financiera.
- Coordinadores de áreas y Auxiliares de administración

Tiempo de Ejecución:

- Permanente.

Producto esperado:

La ESE mejora el Sistema de Información que le permite tener información estadística y confiable.

Indicador:

- Porcentaje de cumplimiento de las actividades

Costo:

Cinco millones (\$5'000.000)

2.5. PROYECTO 5: ELABORACIÓN DEL PLAN DE ESTÍMULOS E INCENTIVOS.

Objetivos:

- Propiciar la satisfacción permanente del cliente interno.
- Detectar las necesidades técnicas, académicas de empleados para tratar de satisfacerla.
- Mejorar la calidad en atención y aumentar la productividad en los servicios.
- Desarrollar la cultura de integración y trabajo en equipo.

Estrategias:

- Realizar un convenio interadministrativo de asesorías con la Universidad de Antioquia para la elaboración del plan de estímulos e Incentivos.
- Participación activa de los funcionarios en la elaboración del Plan de Estímulos e Incentivos.
- Análisis bimestral del Plan de Estímulo e Incentivos.

Responsables:

- Gerencia.
- Subgerente administrativo y financiero.
- Comité de Bienestar Social.

Tiempo de Ejecución:

- Elaboración del Plan de Estímulo e Incentivos a octubre de 2004.
- Actualización permanente del Plan de Estímulo e Incentivos.

Producto esperado:

- La ESE cuenta con un Plan de Estímulo e Incentivos elaborado.
- Cliente interno satisfecho.
- Integración entre funcionarios.

- Mejora en la calidad de la atención y la productividad.

Indicador:

- Porcentaje de cumplimiento de las actividades.

Costo:

Cinco Millones (\$5'000.000)

2.6. PROYECTO 6: ELABORACIÓN DEL PLAN DE INDUCCIÓN, REINDUCCIÓN Y ACTUALIZACIÓN.

Objetivos:

- Mejorar la productividad, eficiencia y calidad en la atención.
- Aumentar el nivel técnico de los empleados.
- Propiciar el sentido de pertenencia de los funcionarios.

Estrategias:

- Reuniones con el comité técnico científico para definir prioridades en capacitación técnica y personal.
- Reuniones de sensibilización al personal.
- Difusión del plan de inducción, reinducción y actualización, a través de diferentes medios de comunicación.

Responsables:

- Gerencia.
- Comité técnico científico.

Tiempo de Ejecución:

- Permanente.

Producto esperado:

- Elaboración del Plan de Inducción, Reinducción y actualización.
- Personal calificado.
- Productividad mejorada.
- Mejorar la eficiencia en la atención.
- Mayor sentido de pertenencia de los empleados.

Indicador:

- Porcentaje de cumplimiento de las actividades.

Costo:

Cuatro millones (\$4'000.000)

2.7. PROYECTO 7: ELABORACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE LA ESE.

Objetivos: Elaborar e implementar el plan de mantenimiento preventivo y correctivo de la ESE.

- Mantener en buen estado la infraestructura física y los equipos de la institución.

Estrategias:

- Sensibilización al personal de la ESE sobre la importancia del plan de mantenimiento.
- Actualización permanente del plan.
- Elaboración hoja de vida de los equipos.
- Evaluar periódicamente el plan.

Responsables:

- Gerencia.
- Subgerencia administrativa y financiera.
- Jefe de mantenimiento.

Tiempo de Ejecución:

- Permanente.

Producto esperado:

La ESE cuenta con un plan de mantenimiento preventivo y correctivo elaborado e implementado.

Indicador:

- Porcentaje de cumplimiento de las actividades.

Costo:

Tres millones de pesos (\$3'000.000)

VI. BIBLIOGRAFÍA

JIMÉNEZ BETANCUR, María Isabel. Plan de desarrollo de la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios, municipio de Anorí 2002 – 2003. Medellín, 2002. Trabajo de grado (Administración de Servicios de Salud con énfasis en Gestión). Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública.

METODOLOGIA PROSPECTIVA, Página de Internet:

<http://oei.es/salactsi/prospectiva.pdf>

GARCÉS O´ BYRNE, Juan Manuel, Plan de Ordenamiento Territorial, Manual Prospectivo y Estratégico, TM Editores, 1999, ISBN 9586018431, 9789586018432.

PLANEACIÓN PROSPECTIVA, Una Estrategia para el Diseño del Futuro, página de internet:

<http://anjona.com/docs/articulos/planeacion%20y%20administracion%20estrategica/planeacion%20prospectiva.doc>

GARCIA ROBLEDO, Diana Cristina y RUÍZ ZAPATA, Maribel. Formulación del plan estratégico de la clínica Santa Gertrudis del Instituto del Seguro Social de Envigado, 2001 – 2002. Medellín, 2001. Trabajo de grado (Administración de Servicios de Salud con énfasis en Gestión). Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública.

GOODSTEÍN, Leonard; PFEIFFER, William y NOLAN, Timothy. Planeación estratégica aplicada. Santafé de Bogotá: McGraw Hill, 1998.

COLOMBIA. EL CONGRESO. Ley 100 de 1993, diciembre 23, por la cual se crea el Sistema General de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones. Bogotá: El Congreso 1993.

COLOMBIA. EL CONGRESO. Ley 152 de 1994, julio 24, por la cual se establece la Ley Orgánica del Plan de Desarrollo. Bogotá: El Congreso 1994.

COLOMBIA. EL CONGRESO. Ley 1122 de 2007, enero 09, por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá: El Congreso 2007.

ANTIOQUIA. DIRECCIÓN SECCIONAL DE SALUD DE ANTIOQUIA. Instrumentos para el cambio. Hacia un sinergismo en la planificación del sector salud. Medellín: la Dirección, 1994.

ANTIOQUIA. DIRECCIÓN SECCIONAL DE SALUD DE ANTIOQUIA. Manual de Inducción para los representantes de las Juntas Directivas de las Empresas Sociales del Estado. Medellín: la Dirección, 2001.

ANTIOQUIA. DIRECCIÓN SECCIONAL DE SALUD DE ANTIOQUIA. Perfil de evaluación del desarrollo empresarial en las instituciones prestadoras de servicios de salud, versión 2000. Medellín: la Dirección, 1997.

CHIGORODÓ. CONCEJO MUNICIPAL. Plan de Desarrollo Municipal, 2008 – 2011, Chigorodó (Antioquia): El Concejo, 2008.

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA. Guía para la Formulación del Plan Institucional de Salud. Pereira: La Universidad, 1999.

ANEXOS

A) Vista Aérea Municipio de Chigorodó - Antioquia



B) Entrada Principal ESE Maria Auxiliadora



C) Patio interior ESE Maria Auxiliadora



D) Urgencias ESE Maria Auxiliadora



E) Recepción ESE Maria Auxiliadora

