

HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.

**PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL
“TRANSFORMANDO NUESTRO HOSPITAL CON
TRANSPARENCIA Y HUMANIZACIÓN”
2017-2020**

31 DE ENERO 2017

ELABORADO Y REVISADO POR:

EQUIPO DIRECTIVO

Mónica María Delgado Pinillos

Miryam Patricia Rojas

Damary Martínez Jerez

Gerente

Subgerente Asistencial (E)

Subgerente Administrativa

EQUIPO ASESOR

Doris María Cardona

José Ricardo Hernández

Oscar Llanes Lozano

Denise Gómez Cañas

Asesor de Gerencia

Líder en Seguridad al Paciente

Asesor Planeación

Asesor de Calidad

APROBADO POR

Junta Directiva Hospital de Granada E.S.E.

Enero 31, 2017

TABLA DE CONTENIDO

Introducción

- 1. Fundamentos**
 - 1.1. Normatividad**

- 2. Estructuración del Plan de Desarrollo**
 - 2.1. Plan Decenal de Salud Publica 2012-2021**
 - 2.2. Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud**
 - 2.3. Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018**
 - 2.4. Plan de Desarrollo del Departamento del Meta 2016-2020**
 - 2.5. Plan Territorial de Salud del Meta**

- 3. Diagnóstico Institucional**
 - 3.1. Reseña histórica Hospital De Granada**
 - 3.2. Identificación del Hospital Departamental de Granada**
 - 3.3. Portafolio de Servicio**
 - 3.4. Diagnóstico Local**
 - 3.4.1. Territorio y Población**
 - 3.4.2. Población departamento del Meta**
 - 3.4.3. Población área de Influencia**
 - 3.4.4. Análisis de la Demanda**
 - 3.4.5. Segmentación del Mercado**
 - 3.4.6. Análisis de la Oferta**
 - 3.4.7. Ventajas Competitivas**
 - 3.5 Diagnóstico de productividad histórica por unidades funcionales**
 - 3.6 Diagnóstico del componente administrativo y financiero**

3.7 Fortalecimiento de la gestión institucional

3.8 Sistema Integral de Gestión de Calidad

3.8.1 Sistema de Habilitación

3.8.2 Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad

3.8.3 Sistemas de Información

3.8.4 Proceso de Certificación

3.8.5 Sistema Único de Acreditación

3.9 Perfil Epidemiológico

4. ANALISIS DE FACTORES INTERNOS Y EXTERNOS - DOFA

5. PLATAFORMA ESTRATÉGICA

5.1. Misión

5.2. Visión

5.3. Valores

5.4. Slogan

5.5. Imagen Corporativa

5.6. Mapa de Procesos

5.7. Políticas Institucionales

6. Ejes Programáticos

6.1. Eje 1: Gestión de Dirección y Gerencia

6.2. Eje 2: Gestión de Humanización de Servicios de Salud

6.3. Eje 3: Prioridades Financieras y Administrativas

6.4. Eje 4: Gestión Clínica Asistencial

7. Plan de Acción

8. Bibliografía

INTRODUCCION

El presente **PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL DEL HOSPITAL DE GRANADA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** está orientado al cumplimiento de la misión y la visión definida por la ESE, incluyendo los objetivos institucionales, sus estrategias, planes, proyectos y programas , de igual forma plantea las metas a cumplir en el período de tiempo de vigencia del plan.

La construcción del plan se hizo a partir del marco normativo, con una metodología abierta y participativa, debidamente articulado con las políticas nacionales y Departamentales, desde una visión interna y externa y un enfoque estratégico y define las estrategias del equipo de la ESE para afrontar los retos que impone el sistema de seguridad social en salud, planteando alternativas que permitan alcanzar de manera programática las metas planteadas.

El conjunto de planes, proyectos y programas a desarrollar por cada uno de los procesos tienen como objetivo garantizar la prestación del servicio de salud a cargo del Hospital Departamental de Granada ESE, aplicando la mejora continua en los procesos, buscando el cumplimiento de los estándares definidos por el sistema obligatorio de garantía de calidad y bajo los principios de autorregulación, autogestión y autocontrol como elementos fundamentales para la eficiencia y la eficacia institucional.

1. FUNDAMENTOS

El plan de desarrollo define los lineamientos estratégicos formulados en el plan de gestión y facilita la integración de esfuerzos para procurar el cumplimiento de las metas.

El resultado aquí plasmado es la construcción conjunta de un amplio equipo de actores de las unidades funcionales de las áreas asistencial y administrativa.

1.1. NORMATIVIDAD

***Artículo 339 Constitución Política** Modificado por el art. 2, Acto Legislativo 003 de 2011, “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 les hayan sido asignadas por la Constitución y la ley. Los planes de las entidades territoriales estarán conformados por una parte estratégica y un plan de inversiones de mediano y corto plazo.

Artículo 342 de la Constitución Política. 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.

Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral.

Ley 152 de 1994, Establece los procedimientos y mecanismos para la elaboración, aprobación, ejecución, seguimiento, evaluación y control de los planes de desarrollo y en su artículo 2º define como su ámbito de aplicación la Nación, las entidades territoriales y los organismos públicos de todo orden; define la autonomía, coordinación, consistencia, continuidad, participación, planeación, eficiencia, viabilidad, coherencia y conformación de planes de desarrollo, entre otros, como principios generales que rigen la planeación pública.⁴ La Ley 152 de 1994 mediante su Artículo 31º ratifica la composición del Plan de Desarrollo, y expresa que la Entidades sin perjuicio de su autonomía, deberán tener en cuenta para su elaboración las políticas y estrategias del Plan Nacional de desarrollo para garantizar la coherencia.

Decreto 1876 de 1994. Reglamentario de los Artículos 194, 195 y 197 de la Ley 100 de 1993, relacionados con el Régimen de las Empresas Sociales del Estado - además de especificar la naturaleza jurídica, objetivo, principios básicos, su organización, régimen jurídico y sus aspectos generales de vigilancia y control, definió en su artículo 24º estableció que las Empresas Sociales del Estado deberán elaborar el Plan de Desarrollo, de conformidad con la ley y los Reglamentos.

Decreto 1011 de 2006. Por el cual se establece el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud del sistema general de seguridad social en salud.

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

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

Ley 1438 de 2011. Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones.

Ley 1474 de 2011. Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública.

Decreto 019 de 2012. Por el cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la administración pública.

Resolución 123 de 2012. Establece el manual de acreditación para IPS hospitalarias y ambulatorias de Colombia.

Resolución 2003 de 2014. Define los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de servicios de salud. Así mismo adopta el manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud.

Decreto 943 de 2014. Por el cual se actualiza el modelo estándar de control interno (MECI)

Ley 1751 de 2015. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la Salud y se dictan otras disposiciones. La Ley Estatutaria hizo un giro esencial cuando situó el derecho a la salud.

En el ámbito del Sistema de Salud y no del Sistema de Seguridad Social en Salud y reconoció además su carácter de derecho social fundamental, adoptando un enfoque colectivo hacia las acciones de promoción y prevención y las obligaciones del Estado colombiano. Además, en su Artículo 2º integra los componentes colectivo e individual de la atención en salud, en el marco de la “igualdad de trato y oportunidades en el acceso” definiendo como sustrato el continuo de la atención en la “promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas”.

Decreto 780 DE 2016. Entre otros aspectos, recopila las disposiciones para el funcionamiento adecuado del Sistema Obligatorio de Calidad en la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SOGCS, orientado al mejorar los resultados en la atención en salud, centrados en los usuarios a través de la accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad.

Teniendo en cuenta los componentes del SOGCS que son:

- El Sistema Único de Habilitación
- La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud
- El Sistema Único de Acreditación
- El sistema de información para la calidad

Circular Externa 12 de 2016 de la Superintendencia Nacional de Salud. Por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la circular 047 de 2007 y se imparten instrucciones en lo relacionado con el PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD Y EL SISTEMA DE INFORMACION PARA LA CALIDAD.

2. ESTRUCTURACION DEL PLAN DE DESARROLLO

Con el propósito de enmarcar los procesos de planeación estratégica de la E.S.E. Hospital, se realizó una contextualización de la institución dentro de las Políticas, planes, proyectos y programas que regulan y determinan el direccionamiento del sector desde el Ministerio de Salud y Protección social a través del Plan decenal de salud Pública, la política nacional de atención en salud , el Plan Nacional de Desarrollo y estableciendo una relación directa con el plan de desarrollo del Departamento y el Plan territorial de Salud del Departamento.

2.1. PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA 2012-2021.

El Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 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.

El Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 (PDSP) con sus metas y estrategias que se expresan en el Departamento mediante el Plan Territorial de Salud, constituye el marco general y de mediano plazo para la planeación del sistema de salud y su articulación con los diferentes Instrumentos territoriales de gobierno y salud.

El Ministerio de Salud y Protección Social, como rector y regulador del Sistema general de seguridad social en salud, definió las siguientes líneas estratégicas para el desarrollo del Plan Decenal, requiriendo que sean abordadas de manera obligatoria, desde la perspectiva diferencial y de derechos:

1. Promoción de la salud
2. Prevención
3. Atención y rehabilitación
4. Vigilancia en salud
5. Gestión del conocimiento
6. Gestión de la salud pública

La ESE Hospital de Granada ha incorporado dentro de sus planes, proyectos y programas, acciones tendientes a aportar en la implementación de diferentes dimensiones, desde sus políticas, nivel de atención y portafolio de servicios. En particular, aporta desde el enfoque de las líneas operativas promoción de la Salud y Gestión del

Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Ministerio de Salud y Protección Social.

<https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/home2013.aspx>

<https://www.minsalud.gov.co/PlanDecenal/Paginas/Que-es-el-plan.aspx>

Riesgo en Salud, puesto que el Plan de Desarrollo Institucional 2016-2019 sostiene una línea estratégica denominada Humanización y Seguridad en la Atención, en la cual se agrupan diversas estrategias para hacer cada día una atención más segura y con altos niveles de calidad.

Así mismo ha venido implementando de manera sistemática y sistémica el programa de Seguridad del Paciente, obteniendo importantes resultados a nivel de gestión de eventos adversos, infecciones asociadas a la atención en salud y uso racional de antibióticos. Temas todos, tratados en los componentes de las diversas dimensiones.

2.2. POLÍTICA NACIONAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

La Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud fue construida por el Ministerio de Salud y Protección Social, para determinar los lineamientos estratégicos sobre los cuales se debe regir la prestación de los servicios en Colombia. La política detalla las estrategias y líneas de acción establecidas para el logro de los objetivos propuestos. Establece tres ejes: acceso, basado en la consolidación de redes de prestación de servicios; calidad, centrada en una correcta implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad y eficiencia, como el mejoramiento de las condiciones estructurales y funcionales de las Instituciones.

El Plan de Desarrollo Institucional 2017-2020, incluye estrategias Orientadas a cada uno de los tres ejes propuestos desde la Política Nacional y aborda los componentes de accesibilidad mediante la Interdependencia en la prestación; el eje de calidad, desde los planes de trabajo para la implementación de los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad y la eficiencia, desde la reingeniería de procesos y su autorregulación, autogestión y autocontrol propuesto desde el Modelo Estándar de Control Interno.

2.3. PLAN NACIONAL DE DESARROLLO (PND) 2014 – 2018. TODOS POR UN NUEVO PAIS

El Plan de Desarrollo Nacional (PND) para la vigencia 2014-2018 “Todos por un Nuevo País”, aprobado mediante la Ley 1753 de 2015, plantea las directrices sobre el enfoque sectorial y los diferentes temas sobre los cuales el Gobierno Nacional enfocará sus esfuerzos, las mismas sobre las cuales la ESE direccionará sus planes, proyectos y programas.

A través de su artículo 3º, la Ley 1753 de 2015 define como pilares del PND, la paz, equidad y educación y en Artículo 4º define estrategias Transversales como: competitividad e infraestructura estratégicas;

Movilidad social; transformación del campo; seguridad, justicia.

Ley 1753 de 2015. Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 “Todos por un Nuevo País”.

Democracia para la construcción de paz; buen gobierno y crecimiento verde.

El Plan Nacional de Desarrollo 2014 – 2018 se propone reducir las brechas territoriales y poblacionales existentes en la provisión de servicios de calidad en salud. Sus apuestas tienen relación con el mejoramiento del estado de salud de la población colombiana; el goce efectivo del derecho a la salud; el fortalecimiento de la infraestructura pública hospitalaria; y la recuperación de la confianza en el sistema de salud y su sostenibilidad financiera. De igual manera, el gobierno nacional es consciente de la necesidad de implementar tecnologías para poder atender eficazmente a las poblaciones que tienen limitaciones de accesibilidad geográfica.

2.4. PLAN DE DESARROLLO DEL DEPARTAMENTO DEL META. 2016-2020. EL META, TIERRA DE OPORTUNIDADES. INCLUSIÓN - RECONCILIACIÓN – EQUIDAD.

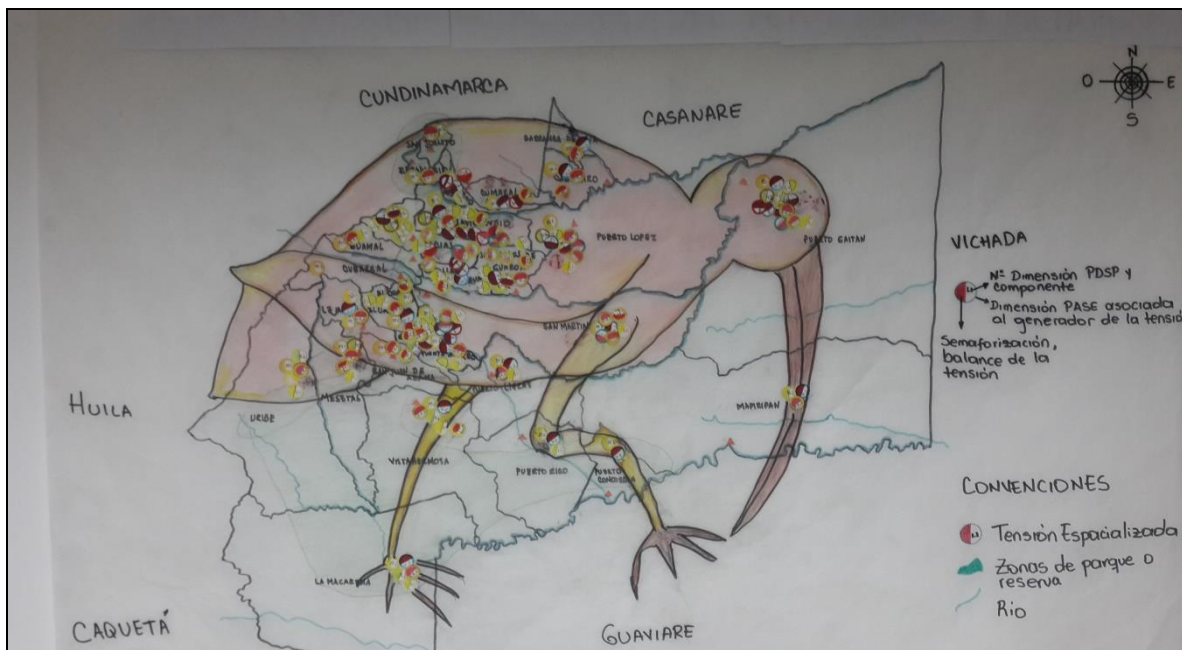
En el departamento del Meta, el programa de gobierno “Gobierno Seguro”, planteó la necesidad de ejecutar el proyecto “Su Salud Segura”, una iniciativa que busca disminuir las debilidades en la gestión del riesgo en salud y trabajar en acciones de promoción y prevención, teniendo como guía los resultados del perfil epidemiológico de la población y la atención enfocada en el usuario (Ley 1438 de 2011). Este Plan también se compromete con el impulso a la medicina familiar y comunitaria, fortaleciendo para ello el talento humano.

El Departamento del Meta tiene una red pública conformada por tres Empresas Sociales del Estado - ESE del orden departamental, dos de las cuales son instituciones para la atención de mediana y alta complejidad y una para el primer nivel de atención de los 17 municipios centralizados. Así mismo, existen 12 ESE para los municipios que están certificados. De acuerdo con la información suministrada por el FOSYGA (2015), cerca de 474.000 personas residentes en el Meta, correspondientes al 96.8% de los niveles I y II del SISBEN, se encuentran afiliadas al Régimen Subsidiado en Salud. Esto quiere decir que 15.485 personas calificadas como Población Pobre No Afiliada (PPNA), no cuentan con ningún tipo de aseguramiento dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud. El Meta, de acuerdo con el Departamento Nacional de Planeación, tenía inscritas en noviembre de 2015 a 629.128 personas en la base de datos del SISBEN. El mismo FOSYGA revela que a ese mismo mes estaban afiliadas al Régimen 4 Contributivo un total de 398.622 personas.

El Plan de Desarrollo del Meta 2016-2020 plantea los siguientes programas como ejes de la gestión a desarrollar en estos cuatro años de gobierno:

- Programa 1. Más oportunidades para un ambiente sano.
- Programa 2. Salud segura y estilos de vida saludable.
- Programa 3. Convivencia social y salud mental para el desarrollo humano en el Meta.
- Programa 4. Seguridad alimentaria y nutricional con equidad e inclusión.
- Programa 5. Salud sexual y reproductiva segura e incluyente.
- Programa 6. Más oportunidades para una vida saludable.
- Programa 7. Oportunidades seguras ante riesgos de emergencia y desastres.
- Programa 8. Ambientes laborales seguros.
- Programa 9. Gestión incluyente para poblaciones vulnerables.
- Programa 10. Un gobierno más eficiente para la salud.

2.5. PLAN TERRITORIAL DE SALUD DEL META



Esencialmente, la apuesta del Plan Territorial de Salud para de Desarrollo “El Meta, Tierra de Oportunidades” es mejorar el estado de salud de los metenses; enfrentar los retos del envejecimiento; disminuir las brechas de acceso a la salud y fortalecer la red pública de atención. Además, propiciar la articulación y el trabajo intersectorial; la educación como herramienta fundamental para la Ordenanza 092 de 2016. Plan de desarrollo del Meta. El Meta, tierra de oportunidades, inclusión. Reconciliación – equidad.

Este posee objetivos claros como : reducción de índices de embarazos en adolescentes; la mitigación y prevención del consumo de SPA; la vivienda sostenible y la protección al medio ambiente; la reducción de enfermedades transmisibles; y la disminución de enfermedades por accidentalidad.

Igualmente, aportar a la disminución de las condiciones de inequidad en la prestación del servicio de salud, acudiendo para ello a la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y la mitigación de riesgos, además del aumento de las coberturas y el acceso al SGSSS.

3. DIAGNOSTICO INSTITUCIONAL

3.1. RESEÑA HISTORICA HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.

El Hospital Departamental de Granada- Empresa Social del Estado es un establecimiento público del orden Departamental de mediana complejidad, dotado de Personería jurídica y autonomía administrativa y presupuestal. Su origen data del año 1955 cuando fue creado como Puesto de Salud posteriormente, en el año 1960 fue ascendido a Centro de Salud y en 1962 a Hospital Local de Primer Nivel de atención.

En el año 1975 fue definido, mediante Resolución N°005427 del Ministerio de Salud, como sede de la Unidad Regional de Granada adscrita al Sistema Nacional de Salud la cual incluía, entre otros, los centros de atención de los municipios de San Martín, Fuente de Oro, El Castillo, Puerto Lleras, Vista Hermosa, Lejanías, Mesetas y San Juan de Arama.

En 1991 la institución es transformada en Hospital Departamental siguiendo las directrices generales de reorganización del Sistema de Salud planteadas desde la Ley 10 de 1990 y la ley 100 de 1993.

El 25 de Noviembre de 1996 la Asamblea Departamental, mediante Ordenanza N°105 y de acuerdo al decreto 1876 de 1994 se conforma el Hospital Departamental de Granada como una Empresa Social del Estado y lo convierte en una entidad descentralizada con autonomía administrativa, financiera, Autonomía presupuestal y representación legal propia. Desde entonces el Hospital funciona

como una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) de mediana complejidad.

3.2. IDENTIFICACIÓN DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.

NOMBRE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA ESE
NIT	800037021-7
NIVEL DE ATENCION	2
CARÁCTER TERRITORIAL	DEPARTAMENTAL
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO SEDE PRINCIPAL	GRANADA
DIRECCION Y TIPO DE LA SEDE PRINCIPAL	CALLE 15 ENTRE 2 Y 4
CODIGO PRESTADOR – REPS	5031300522
NOMBRE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO (SIHO)	HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA
ACTO DE CREACION DE LA ESE	DECRETO 0783 DEL 18 DE DICIEMBRE DE 1991 EXPEDIDO POR LA GOBERNACION DEL DEPARTAMENTO DEL META

3.3 PORTAFOLIO DE SERVICIOS INSTITUCIONAL

- SERVICIO DE URGENCIAS

Consultorios

- Sala de espera (con dos unidades sanitarias)
- Consultorio TRIAGE
- Cinco consultorios (5)
- Una sala ERA
- Una sala de procedimientos mínimos
- Una sala de procedimientos
- Una sala de yesos
- Una sala de reanimación
- Una sala de enfermedad diarreica aguda (EDA)

Observación

Área física con 25 camas habilitadas

- > Estación de enfermería
- > Estación medica
- > Cuartos de trabajo limpio y sucio
- > 3 unidades sanitarias
- Equipos de reanimación
- > Oficina coordinador

- SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA

- Un acceso rápido y eficiente para la oportuna prestación del servicio.
- Una sala amplia de espera con dos unidades sanitarias para el usuario.
- Dieciocho (18) consultorios para medicina general y especialidades.
- Una sala de curaciones menores.

- Una oficina para coordinación de consulta externa y programación de cirugía.
- Historia Clínica Sistematizada.

ESPECIALIDADES OFERTADAS CONSULTA EXTERNA:

- ANESTESIOLOGIA
- CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA
- CIRUGÍA GENERAL
- GINECO OBSTETRICIA
- CIRUGIA MAXILOFACIAL
- MEDICINA GENERAL
- MEDICINA INTERNA
- NEUROCIRUGÍA
- OFTALMOLOGÍA
- ORTOPEDIA
- PEDIATRIA
- PROCEDIMIENTOS MENORES, TOMA CKG, MONITOREO FETAL.
- PSICOLOGÍA
- PSIQUIATRIA
- TERAPIA FÍSICA
- TERAPIA RESPIRATORIA

- SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN:

- Un área de hospitalización ubicada en el segundo piso de nuestras instalaciones:
 - **Camas habilitadas: 62** para las especialidades de: Medicina Interna, Cirugía, Ortopedia, Neurocirugía.
- Un área de hospitalización en el tercer piso de nuestras instalaciones:
 - **Camas habilitadas : 57** para las especialidades de Ginecología y Pediatría

Para un total de **118** Camas

- Una oficina para coordinación de unidad funcional de hospitalización.
- Historia clínica sistematizada
- Cuartos sucio y limpio
- Estación de Médicos y Enfermeras

- **SERVICIO UCI ADULTOS**

- Diez (10) camas en cubículos independientes para el manejo de pacientes críticos, actualmente no contamos con UCI INTERMEDIA.
- Cada cubículo de cuidados intensivos está dotado con:
 - Monitores para valoración: electro cardio-grafica, pulsoximetría, frecuencia cardíaca y respiratoria, Gasto cardíaco.
 - Ventiladores y Succión permanente
- Equipos de reanimación.
- Entrada independiente de los familiares o visitantes
- Sala de juntas y de información a los pacientes
- Cuenta con Estación de enfermería, Cuarto sucio y limpio, Unidades Sanitarias.
- Historia Clínica Sistematizada
- + Farmacia Satélite

- **SERVICIO UCI NEONATAL**

- * Diez (10) unidades habilitadas:
 - 4 Servo cunas
 - 6 Incubadoras

- * Monitores para valoración electrocardio-grafica, pulsoximetria, frecuencia cardiaca y respiratoria,
- * Ventiladores y capacidad de succión de forma permanente.
- * Equipos de reanimación
- * Entrada independiente de los familiares o visitantes
- * Sala de juntas y de información a los pacientes
- * Cuenta con Estación de enfermería, Cuarto sucio y limpio, Unidades Sanitarias.
- Historia Clínica Sistematizada

- SERVICIO DE UMI

- Dos consultorios para consulta urgencias ginecológicas
- Dos salas de trabajo de parto con 5 camas
- Una sala de partos con dos camillas ginecológicas
- Una sala para recuperación posparto con 6 camas
- Una sala para legrados
- + Cuarto sucio y limpio
- + Estación Médica y de enfermería
- .

- SERVICIO DE CIRUGÍA

Área Quirúrgica:

- Cuatro Quirófanos
- Una sala de recuperación posquirúrgica
- Una Sala de espera
- Una sala de recepción de pacientes programados
- Una oficina para coordinación de cirugía

- Una oficina para auditoria de HC de cirugía
- Una oficina para facturación de cirugía
- Historias clínicas de sistematizadas
- + Cuarto sucio y limpio
- + Estación Médica y de enfermería
- + Farmacia satélite

Área de Esterilización:

- Área de recepción de Equipos Sucios /lavado/secado
- Área de empaque y esterilización
- Área de almacenamiento de material estéril

- SERVICIO LABORATORIO CLINICO:

Contamos con:

- Instalaciones independientes para servicio transfusional, microbiología, toma de citologías.
- Área para montaje de muestras y procedimiento delimitado para química clínica e inmunología
- Área de hematología y microscopia
- Área de pruebas especiales
- Toma de muestras para urgencias y toma de muestras para consulta externa, con tres cubículos completamente dotados
- Área de recepción de pacientes y facturación
- Área administrativa
- Sala de espera para consulta externa.
- Cuarto Sucio y Limpio

- SERVICIO IMAGENOLOGIA

- Recepción, información y facturación Imagenologia
- Sala de RX convencional con paredes y puertas plomadas
- Sala de RX – Fluoroscopio con paredes y puertas plomadas
- Sala de Tomógrafo Computarizado (TC) con paredes y puertas plomadas
- Sala de Mamografía con paredes y puertas plomadas
- Sala de Ecografía
- Sala de Resonancia Magnética (RMN) con paredes y puertas plomadas
- Oficina de Coordinación
- El área cuenta con zona de descanso y unidades sanitarias para pacientes, personal administrativo, médico y paramédico
- Contamos con imágenes digitalizadas que reposan en la historia clínica de cada paciente.
- EXÁMENES ESPECÍFICOS
 - ULTRASONOGRAFIAS DE ALTA RESOLUCION
 - DOOPLER DUPLEX COLOR
 - RX CONVENSIONAL
 - UROGRAFIA EXCRETORA
 - VIAS DIGESTIVAS ALTAS
 - URETROGRAFIA RETROGRADA
 - COLANGIOGRAFIA X TUBO EN T
 - COLON POR ENEMA
 - COLON BARITADO POR COLOSTOMIA
 - TRANSITO INTESTINAL CON BARIO
 - FISTULOGRAFIA
 - TC TRIFÁSICO Y RECONSTRUCCION 3D
 - MAGNIFICACION DE LA LESION POR MAMOGRAFIA
 - TC SIMPLE
 - TC CONTRASTADO

- CORTES AXIALES, SAGITALES, CORONALES Y RECONSTRUCCION 3D
- CISTOURETROGRAFIAS
- CISTOURETROGRAFIAS MICCIONALES

HORARIO DE ATENCIÓN: Las 24 horas del día

- **SERVICIO DE REFERENCIA & CONTRARREFERENCIA,**

- Dos (2) ambulancias medicalizadas (TAM). Una en buen estado, otra en regular estado.
- Tres (3) ambulancias básicas (TAB). En regular estado
- Una oficina para coordinación de Referencia y Contra referencia

- **SERVICIO FARMACÉUTICO**

- Farmacia del primer piso: cuenta con área de recepción técnica, área de almacenamiento, área de dispensación, área administrativa
- Farmacia satélite en Salas de Cirugía y Uci: ubicada en el segundo piso, cuenta con área de almacenamiento y distribución.
- Condiciones locativas de acuerdo con la normatividad vigente

OTROS SERVICIOS:

- Distribución de medicamentos intra hospitalarios
- Venta y Dispensación de medicamentos de control especial, bajo formula médica

3.4 DIAGNOSTICO LOCAL

3.4.1 Territorio y Población. El Municipio de Granada, está ubicado en la República de Colombia, departamento del Meta, a 180 Kms al Sur - Oriente de Santa Fe de Bogotá D.C. y a 80 Kms Al Sur de Villavicencio, capital del departamento del El municipio de Meta (Llanos Orientales); limitado al Norte con el

municipio de San Martín, al Occidente con Lejanías y el Castillo, al Oriente con San Martín y Fuente de Oro y al Sur con Fuente de Oro y San Juan de Arama .

La cobertura que ofrece la Institución se ha ampliado a nivel regional (309.207 Habitantes)¹, teniendo en cuenta que al municipio de Granada se le considera la capital de la región del Ariari y a él confluye población procedente de los municipios de Acacias, Guamal, San Martín, Fuente de Oro, Puerto Lleras, Puerto Rico, Puerto Concordia, Vista Hermosa, Lejanías, Mesetas, San Juan de Arama, La Uribe, Castilla la Nueva, Cubarral, El Castillo, El Dorado. Así mismo se tiene estimado que una vez terminada la vía san José del Guaviare - Granada esta población es potencial de ser atendida en el Hospital Departamental de Granada.

Todos estos municipios tienen instituciones de Salud de Primer Nivel, su población ha incrementado en los últimos años, así como la cobertura de aseguramiento al Sistema General de Seguridad Social en Salud razón por la cual la Institución ha visto la necesidad de crecer para garantizar la accesibilidad, oportunidad y continuidad de los servicios de salud.

3.4.2 Población Departamento del Meta. La población del departamento del Meta para el año 2016, de acuerdo a las proyecciones del censo hecho por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE, en 1993, es de 979.710 habitantes, distribuidos en 29 municipios, en su mayoría situados a lo largo del piedemonte llanero. Villavicencio, cuenta con 495.227 habitantes para el 2016 (Proyección DANE)

¹ Departamento Administrativo Nacional de Estadística. DANE.

Grupos de edad	Total	Hombres	Mujeres
DEPARTAMENTO DE META ⁽³⁾			
Total	906,755	454,586	452,169
0-4	91,300	46,677	44,623
5-9	89,583	45,792	43,791
10-14	86,937	44,277	42,660
15-19	86,713	43,849	42,864
20-24	84,933	42,718	42,215
25-29	75,505	37,663	37,842
30-34	67,126	33,214	33,912
35-39	59,949	29,418	30,531
40-44	56,508	27,482	29,026
45-49	52,815	26,030	26,785
50-54	43,829	21,707	22,122
55-59	33,553	16,686	16,867
60-64	25,614	12,887	12,727
65-69	18,881	9,546	9,335
70-74	13,931	6,998	6,933
75-79	10,436	5,218	5,218
80 Y MÁS	9,142	4,424	4,718

3.4.3 Población Área de Influencia. El Meta se divide en seis subregiones:

- Río Meta: Conformada por Puerto Gaitán, Puerto López, Cabuyaro y Barranca de Upía.
- Capital Cordillera. Villavicencio, San Juanito, El Calvario, Restrepo y Cumaral.
- Bajo Ariari. Mapiripán, Puerto Concordia y Puerto Rico
- Alto Ariari Centro. Acacías, Guamal, San Carlos de Guaroa, Castilla La Nueva, Cubarral y El Dorado
- Sub Región Ariari. Granada, Fuentedeoro, El Castillo, Puerto Lleras, San Juan de Arama, San Martín y Lejanías
- Macarena. Uribe, Mesetas, Vistahermosa y La Macarena

Municipio	Total	Hombres	Mujeres
Acacias	64287	32434	31853
Cubarral	5717	2821	2896
Castilla la Nueva	8787	4500	4287
El Castillo	6528	3525	3003
El Dorado	3397	1808	1589
Fuentedeoro	12604	6528	6076
Granada	58503	31898	26605
Guamal	9241	4550	4691
Mesetas	11096	5652	5444
Uribe	15012	7776	7236
Lejanías	9478	5010	4468
Puerto Lleras	10136	5576	4560
Puerto Rico	18309	10514	7795
San Juan de Arama	8948	4722	4226
San Martín	23694	11620	12074
Puerto Concordia	19317	9818	9499
Vistehermosa	24153	12462	11691
Total	309207	161214	147993

3.4.4 Análisis de la demanda.

- **Clase de negocio:** Empresa Social del Estado que presta servicios de salud del alto, mediano y bajo nivel de complejidad según los lineamientos normativos vigentes, entendidos como un servicio público a cargo del Estado y como parte integrante del Sistema de Seguridad Social en Salud.
- **Direccionamiento del mercado:** El Hospital Departamental de Granada E.S.E. cuenta para el año 2009 con una población aproximada en Granada y su zona de influencia (17 Municipios) de 309.207 habitantes (Estimaciones de Población – Fuente Dane) con una distribución por grupos etáreos así:

La población se distribuye en un 60% aproximadamente que vive en el área rural y el restante 40% en el área urbana.

La distribución por sexo muestra que un 52.75% corresponde a hombres y 47.25 % a mujeres.

La esperanza de vida al nacer es de 66.8 años en promedio y la proyección de natalidad es de 20.5 nacimientos por cada 1.000 habitantes según el DANE.

- **Número de usuarios actuales y futuros:** La Institución en la actualidad cuenta con una serie de contratos con entidades del régimen subsidiado, contributivo y convenios interadministrativos, que permiten brindar el acceso a los habitantes de la región.

De la misma manera, son clientes de la Institución todas las entidades vinculadas al Régimen de Seguridad Social en Salud que de una u otra forma culminan teniendo relación con la Institución por la prestación de servicios a sus afiliados. Así mismo son compradores de nuestros servicios hospitalarios los usuarios no vinculados al sistema y con capacidad de pago (particulares).

Se espera lograr incrementar en un 3% en ventas de servicios logrando implementar el sistema de mercadeo.

3.4.5 Segmentación del mercado. Para segmentar el mercado al cual van dirigidos nuestros servicios se tiene en cuenta la siguiente clasificación de la población en este territorio:

CLASIFICACIÓN POR GÉNERO Y EDAD:

DEPARTAMENTO DEL META				MUNICIPIO DE GRANADA			
	2017				2017		
Grupos de edad	Total	Hombres	Mujeres	Grupos de edad	Total	Hombres	Mujeres
Total	998.162	498.252	499.910	Total	64.695	34.589	30.106
0-4	95.628	48.915	46.713	0-4	6.877	3.495	3.382
5-9	94.007	48.063	45.944	5-9	6.201	3.145	3.056
10-14	92.124	47.000	45.124	10-14	6.042	3.049	2.993
15-19	88.461	44.949	43.512	15-19	5.653	2.987	2.666
20-24	87.605	43.997	43.608	20-24	7.159	4.590	2.569
25-29	86.247	42.929	43.318	25-29	5.894	3.445	2.449
30-34	77.104	38.129	38.975	30-34	5.006	2.702	2.304
35-39	68.438	33.641	34.797	35-39	4.597	2.343	2.254
40-44	60.864	29.761	31.103	40-44	3.768	1.876	1.892
45-49	56.728	27.501	29.227	45-49	3.153	1.584	1.569
50-54	52.255	25.589	26.666	50-54	2.665	1.365	1.300
55-59	42.800	21.039	21.761	55-59	2.168	1.143	1.025
60-64	32.283	15.839	16.444	60-64	1.817	962	855
65-69	23.815	11.696	12.119	65-69	1.389	726	663
70-74	16.771	8.189	8.582	70-74	976	502	474
75-79	11.712	5.672	6.040	75-79	699	361	338
80 Y MÁS	11.320	5.343	5.977	80 Y MÁS	631	314	317

FUENTE: ESTIMACIONES Y PROYECCIONES DE POBLACIÓN – DANE

Es importante resaltar que el 30% de la población estimada en el municipio de Granada corresponde a menores de 14 años, igualmente se encuentra una proporción similar en habitantes que tienen entre los 15 y los 30 años, esto indica que la población del territorio de influencia del Hospital Departamental de Granada E.S.E. en su mayoría es joven y hacia allí se deben enfocar las apuestas en temas de oferta de servicios, entendiendo que ocupan la mayor proporción de usuarios potenciales de los servicios de la institución.

3.4.6 Análisis de la oferta

- **Competidores directos**

El Hospital Departamental de Granada ESE es el mayor oferente de servicios de salud en la región del Ariari, no hay una institución hospitalaria que genere una competencia directa y que ponga en riesgo el ingreso de manera representativa, sin embargo, existen unas instituciones que ofertan servicios básicos de salud, principalmente en actividades de consulta externa que se deben prever con el fin de captar de manera eficiente a empresas y particulares, y mantenerse como líder del mercado regional.

A continuación se enuncian estos competidores, mas no se tiene conocimiento de su porcentaje de participación en el mercado:

- Clínica Servimédicos. (IPS Régimen contributivo)
- Laboratorios y centros de Ayudas diagnósticas particulares
- Cruz Roja
- Terapeutas particulares.
- IPS Vital
- Ambulancias del Llano

3.4.7 Ventajas competitivas:

- Única Institución prestadora de servicios de segundo nivel del sector público en la región.
- Institución con gran trayectoria y centro de referencia de la región.
- Exigencia en la contratación de operadores externos con talento humano calificado y con experiencia.

- Costos bajos en la estructura organizacional por la reducción en su conformación.
- Médicos Especialistas las 24 horas.
- Desarrollo del sistema de Gestión de la Calidad.

3.5 DIAGNÓSTICO DE PRODUCTIVIDAD HISTÓRICA POR UNIDADES FUNCIONALES

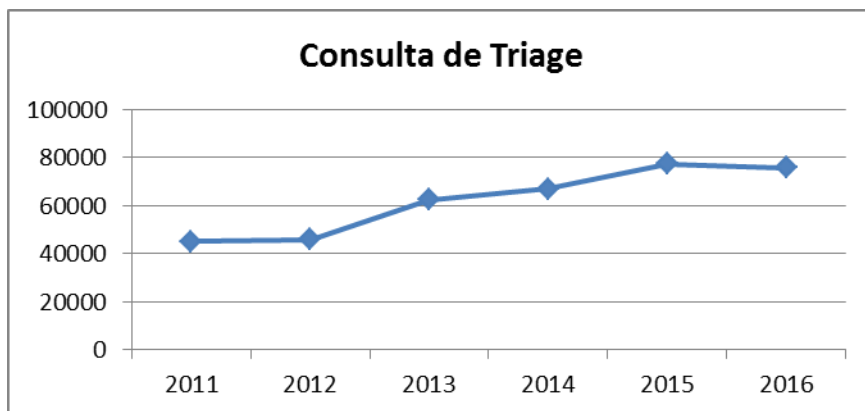
El Hospital Departamental de Granada E.S.E presta servicios de salud de alta complejidad en: unidad de cuidado intensivo adulto, unidad de cuidado intensivo neonatal, Apoyo Diagnóstico Cardiovascular, laboratorio clínico, Servicio Farmacéutico, Servicios de mediana complejidad en cirugía, hospitalización general adultos y pediátrica, obstetricia, urgencias, consulta externa especializada, radiología e imágenes diagnósticas, Laboratorio clínico, transfusión sanguínea, ultrasonido, Servicio Farmacéutico y transporte asistencial medicalizado. Servicios de baja complejidad en toma de muestras de laboratorio clínico y tamización de cáncer de cuello uterino, consulta externa Medicina general, nutrición y dietética, psicología, transporte asistencial básico, terapia respiratoria, fonoaudiología y/o terapia de lenguaje, fisioterapia. Ofertando las especialidades de Pediatría, Ginecología, Cirugía General, Anestesia, Medicina Interna, Ortopedia, Oftalmología, Psiquiatría, Neurocirugía y Cardiología Pediátrica.

El Hospital Departamental de Granada E.S.E. tiene constituidas 8 unidades funcionales de la siguiente manera: Consulta Externa, Urgencias – Observación, Apoyo Diagnostico que incluye laboratorio clínico e imagenología, Apoyo terapéutico, Farmacia, Hospitalización, Cirugía, Unidad de Referencia y contrarreferencia y Unidad de cuidados intensivos.

Para el análisis de gestión de los servicios asistenciales es importante tener en cuenta las condiciones cambiantes del SGSSS que pueden afectar la producción institucional de algunos servicios.

❖ UNIDAD FUNCIONAL URGENCIAS- OBSERVACION.

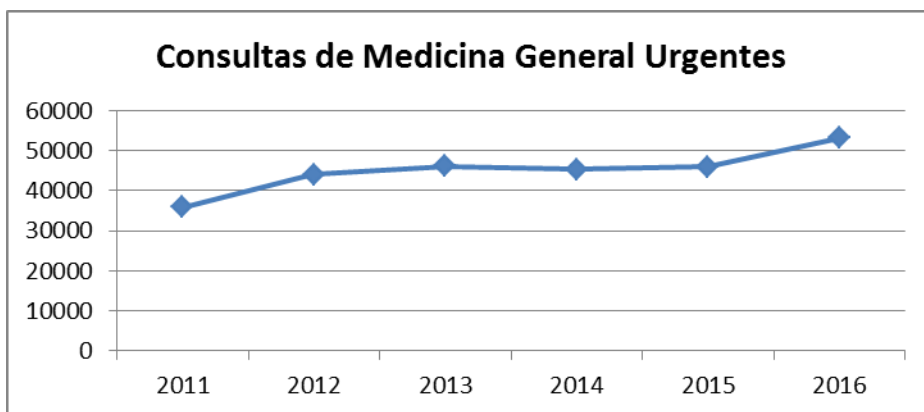
El número de usuarios que consultan al servicio de urgencia ha tenido un incremento progresivo en los últimos 5 años, con un promedio anual del 9.21%; se evidencia que el período de 2012 a 2013 fue el de mayor incremento con un 26.5% esto debido al aumento de la demanda del servicios y la ampliación de la capacidad instalada de talento humano ya que fue cuando se amplió el quinto consultorio. El incremento general del período 2011 a 2016 fue del 59.7%.



El incremento en la atención de urgencias se debe entre otros al aumento de la densidad poblacional, aumento en el portafolio de servicios, la persistencia del no servicio de urgencia del primer nivel del municipio de Granada, preferencia de usuarios de otros municipios por la atención en este hospital, mayor incidencia y prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles (hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedad renal crónica, cáncer), aumento en el número de casos de

enfermedades vectoriales como (dengue, sika y chikungunya), sobretodo de mayor incidencia en el año 2015.

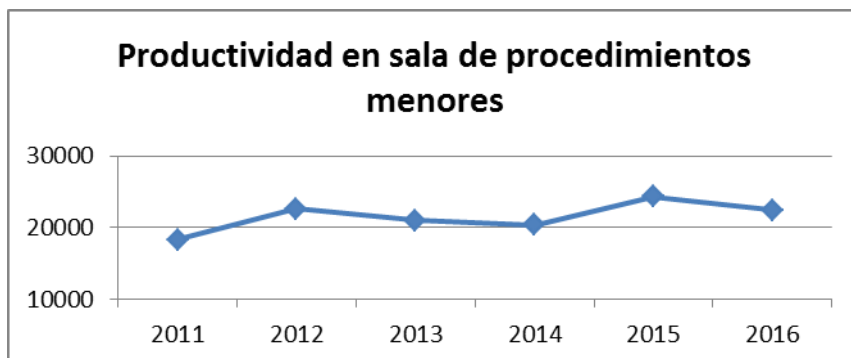
Otros motivos para el incremento en los últimos años fue el cierre de servicios ofertados en instituciones prestadoras de servicios de salud de la red pública como el Hospital Departamental de Villavicencio, cierre de instituciones prestadoras de salud como la Clinica Saludcoop del municipio de Granada.



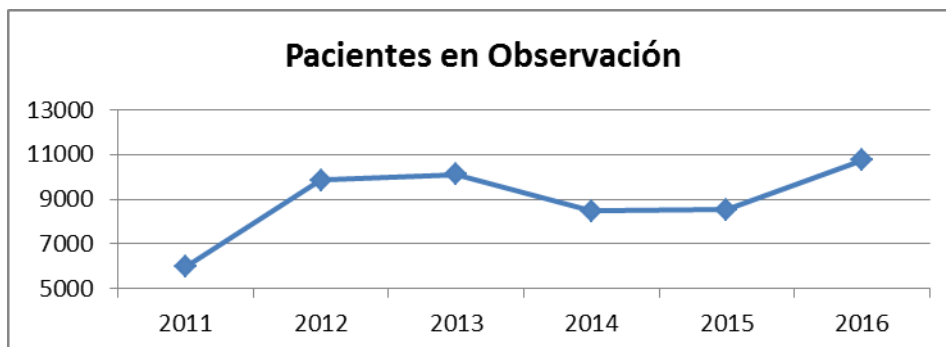
De todos los pacientes que ingresan al hospital en promedio anual se están atendiendo 45.114 consultas de urgencias observándose que a partir del año 2012 se ha venido incrementando cada año. Este incremento ha hecho que el hospital aumente su capacidad instalada y mejore su oferta de horas médico para brindar una mejor oportunidad en la atención de usuarios (apertura del consultorio 5 entre las 7:00 y las 19:00 horas).

En un promedio, el 67% de los pacientes que son valorados y clasificados en el triage corresponden a una urgencia real y son atendidos en consulta de medicina general de urgencias en la institución, esta relación mostro como pico más alto el año 2016 donde se alcanzó un margen del 70%, mientras que el año 2015 fue el más bajo con un promedio del 59%.

Esta variación obedece a factores como la baja capacidad resolutive del primer nivel de atención en los municipios y por otra parte, a la falta de actividades pedagógicas que concienticen al usuario sobre los motivos reales de consulta en el servicio de urgencias.



La productividad de procedimientos menores se ve reflejado a los procedimientos que realiza el personal de enfermería como paso de sonda vesical, paso de sonda gástrica, curaciones que se pueden facturar como quemaduras o heridas traumáticas que presenten pérdida de sustancia, pacientes con escara de decúbito, y procedimiento que realiza los medico generales como suturas, como se puede observar en la gráfica anterior en el 2016 se aumentaron el 18.3% a comparación del año 2011.



Como se puede observar en la gráfica anterior, el número de usuarios que se manejan en el servicio de Observación ha tenido un comportamiento variable en los últimos años, con un promedio anual de incremento del 8.79%; aunque se evidencia que el período de 2011 a 2012 fue el de mayor incremento con un 39% esto debido a la demanda de servicios y a la ampliación de la capacidad instalada física y por talento humano en el servicio de urgencias.

El incremento general del período 2011 a 2016 fue del 55.5% pasando de atender.

Se cuenta con una sobre demanda de camas en observación que en muchas oportunidades determina la emergencia funcional, por la no disponibilidad de las mismas. La capacidad instalada del servicio es de 25 camas sin embargo por lo general siempre hay una sobre ocupación aproximadamente en el servicio entre 40 y 50 camillas.

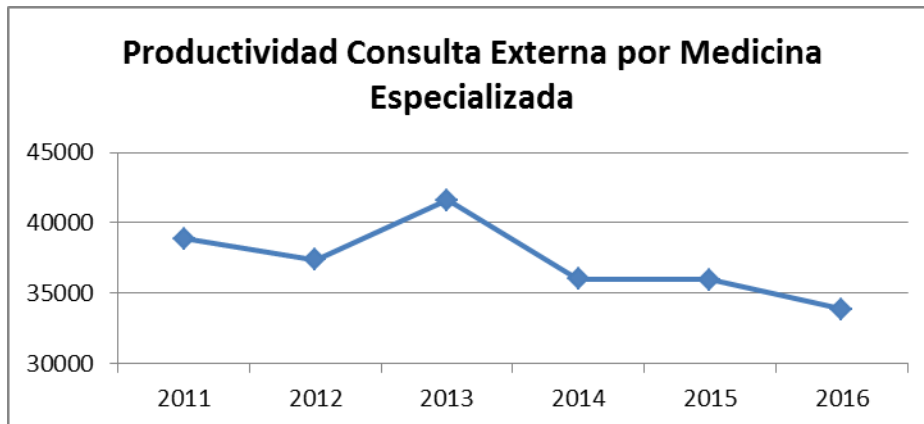
❖ UNIDAD FUNCIONAL DE CONSULTA EXTERNA:



La Consulta de medicina general presentó una productividad de 1014 consultas en el año 2016.

Para el análisis del comportamiento en este servicio se debe anotar que la consulta ambulatoria de medicina general corresponde a una actividad de primer nivel que se oferta exclusivamente a usuarios particulares y contratos que así lo requieran con entidades como Policía Meta y Aseguradoras SOAT.

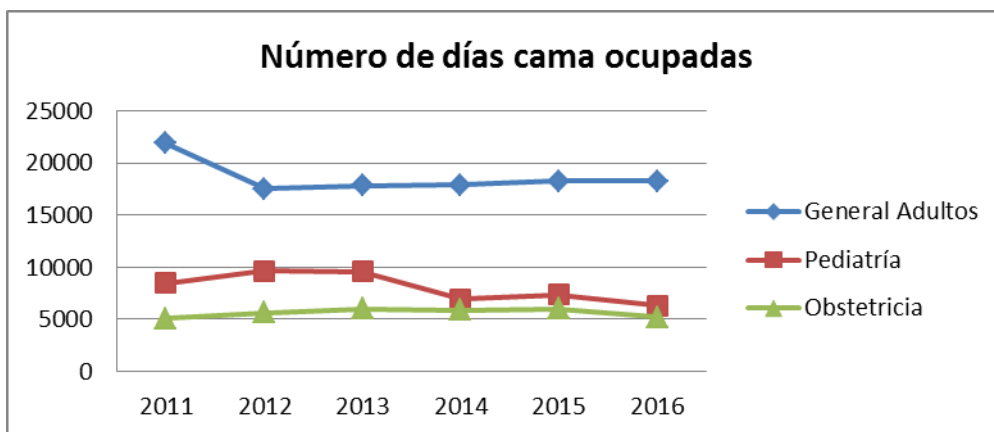
Teniendo en cuenta este segmento de usuarios, la tendencia en los últimos tres años es la disminución debido a los inconvenientes en contratación de este servicio con entidades como Policía Nacional por tema tarifario.



En Consulta Especializada se presentó una productividad de 33.839 consultas en la vigencia 2016, las especialidades en las que se presentó aumento de productividad en el 2016 se encuentra, ginecología, anestesia, medicina interna, neurocirugía, pediatría y se encontró disminución de la producción en ortopedia, cirugía general, urología.

En el análisis por EAPB se encuentra que la suspensión de convenios por falta de pago ha sido la mayor causa de la disminución en la venta del servicio, en los últimos años esta acción ha sido repetitiva con EPS como Capital Salud y Cafesalud (Saludcoop), quienes ocupan la mayor proporción de usuarios que demandan estos servicios del Hospital.

❖ UNIDAD FUNCIONAL DE HOSPITALIZACION



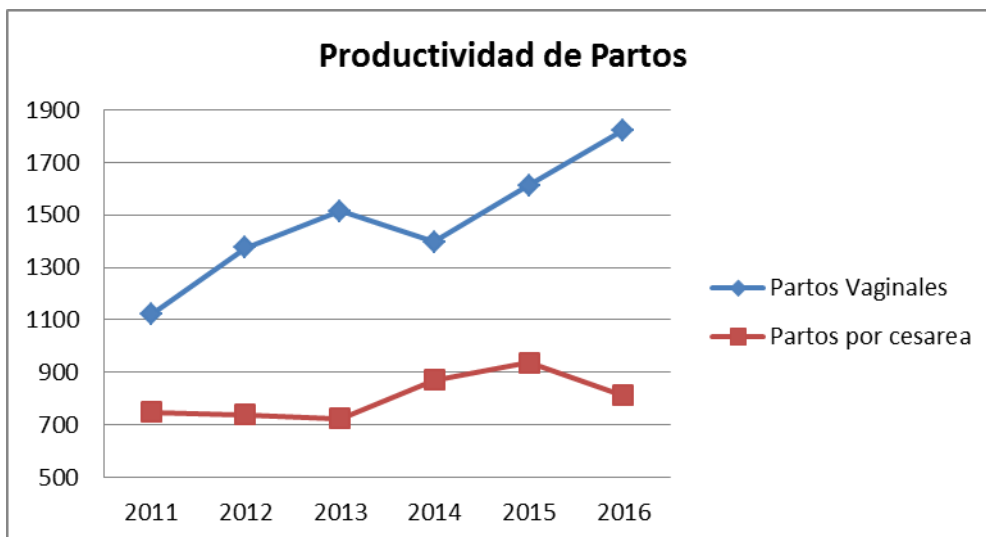
El indicador nos refleja las camas ocupadas en el mes, en el cual se observa:

GENERAL ADULTOS: Se evidencia que en el año 2012 se presentó una disminución importante en la ocupación del servicio de hospitalización adultos cercana al 26%. De allí en adelante se observa un comportamiento estable con un promedio de 17.950 usuarios atendidos cada año.

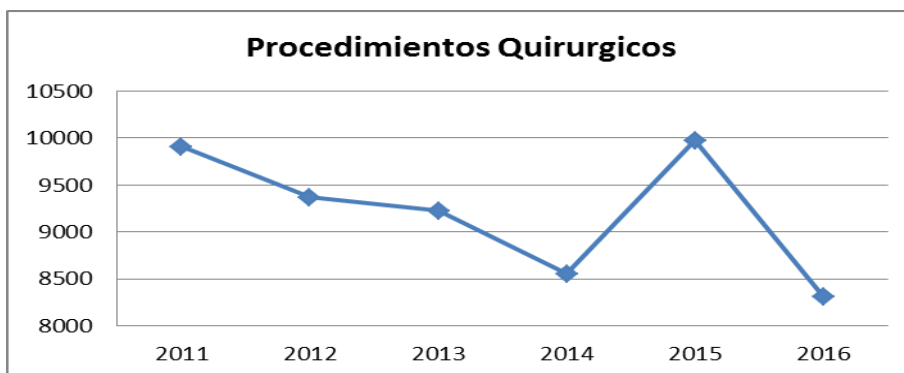
GENERAL PEDIATRIA: Se observa un descenso en los últimos 3 años, el cual se pudo ver afectado por los pocos pacientes que ingresan a la sala de neonatos.

OBSTETRICIA: El comportamiento del número de usuarios se mantiene en los 6 años, oscilando entre 5.000 y 6.000 pacientes por año; ser la única entidad pública del municipio que atiende gestantes, permite que la cantidad se mantenga.

❖ UNIDAD FUNCIONAL DE CIRUGIA



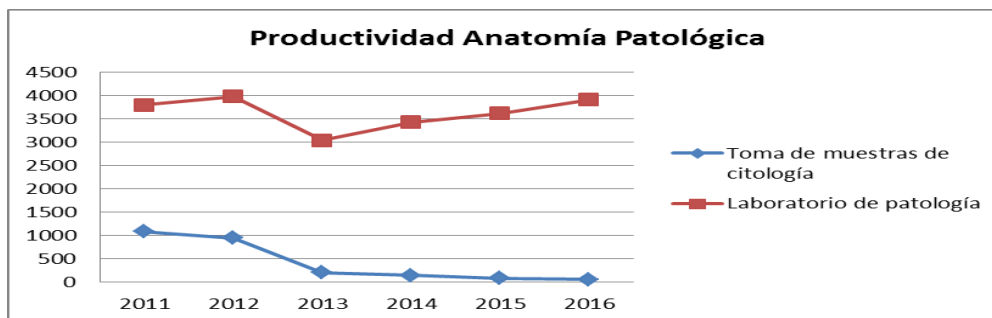
Se evidencia un aumento en los partos por vía vaginal en los años 2015 y 2016 a raíz del cierre de la IPS Saludcoop, los nacimientos por cesárea muestra un promedio de 800 durante los años analizados, teniendo una tendencia de crecimiento en los últimos años, excepto en 2016, ya que el cierre de varios convenios llevo a que los procedimientos quirúrgicos programados se remitieran por parte de las EPS sin contrato a otros centros asistenciales.



El número de procedimientos quirúrgicos realizados en la institución muestra un aumento en el año 2015 del 15% (1.500 procedimientos) esto se debe al cierre de la IPS de Saludcoop lo que generó que los pacientes de dicha EPS se atendieran en esta institución, sin embargo, en el último año se evidenció una caída del 19% debido al cierre de servicios con diferentes EPS y a causas atribuibles a la no generación de autorizaciones por parte de las EPS y la disminución significativa de la población pobre no afiliada como resultado de las estrategias de universalización del conocimiento.

❖ UNIDAD FUNCIONAL APOYO DIAGNOSTICO

Anatomía Patológica

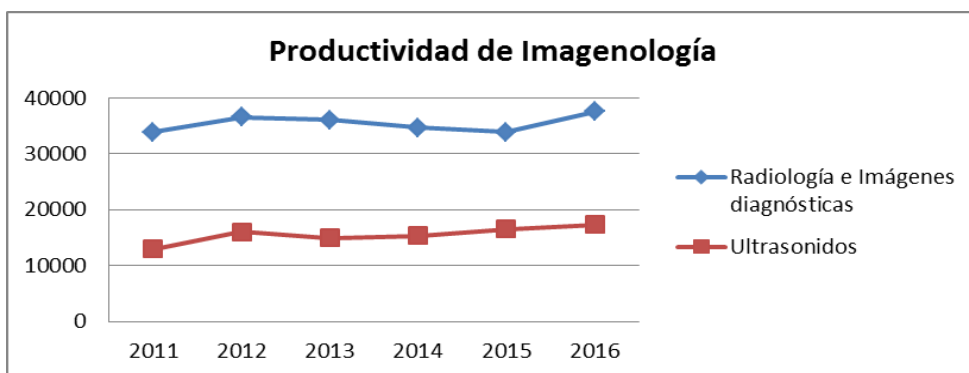


Esta especialidad como ayuda Diagnóstica fundamental presentó incrementos evidentes por los procesos especializados contratados tales como Gastroenterología, Dermatología, Ginecología y Cirugía General con los que se contaba en su totalidad, obteniendo un alza en la productividad durante los años 2011 y 2012, por ser abanderadas en la utilización de toma de patologías como apoyo y orientación en las diferentes enfermedades y hallazgos intraoperatorios. En el año 2013 se observa una disminución evidente por el cierre de las especialidades Dermatología y Gastroenterología pero que se mejora con una reactivación en el año 2014 y el 2015 por la nueva contratación de especialistas en Gastroenterología y el aumento en la demanda de especialidades como lo son

Cirugía General y Ginecología y el incremento de los procedimientos quirúrgicos generados de dichos tratamientos sugeridos según la enfermedad.

En la zona de productividad por la realización de citologías se sugiere su análisis debido al aumento en la presencia de entidades que prestan su servicio con programa de promoción y prevención, el cual se encuentra contemplado en los programas de prevención del Cáncer de cuello uterino, y que brinda cada EPS instituciones de primer nivel de atención, labor que disminuyó la asistencia en la realización de las citologías cérvico-uterinas en el Hospital.

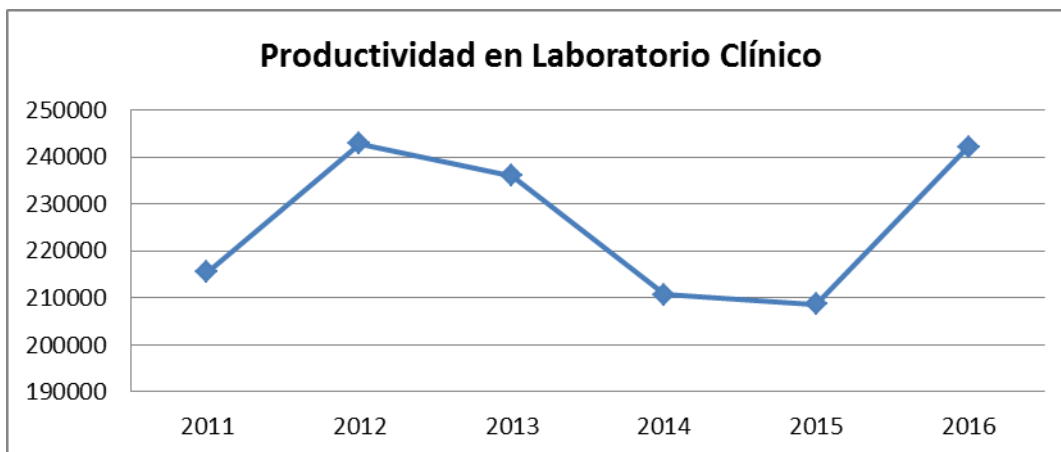
Imagenología



El servicio de Apoyo Diagnóstico por Imagen en sus exámenes no radiológicos (Ultrasonografías) ha venido presentado una tendencia al incremento en un promedio anual del 5%, logrando picos representativos en los años 2012, 2015 y 2016.

Respecto a los exámenes radiológicos se manifiesta un incremento significativo en los años 2012 y 2016.

Laboratorio clínico



Es de resaltar que desde el año 2011 al 2016 se maneja una totalidad regular en la realización de exámenes superior a 200.000. Llama la atención que en el 2012 se presenta un pico muy importante esto debido a la implementación de estrategias para mejorar el acceso de los usuarios a nuestra institución sin que les tocara acudir a ella, sino que el servicio médico y de apoyo diagnóstico fuera a la vereda o región de donde pertenecen, con la finalidad de prestar servicios en salud, mejorando la accesibilidad.

En el 2016 volvió a incrementarse la cantidad de procedimientos realizados debido a contratos con EPS que optaron por el hospital para la atención de sus usuarios.

3.6 DIAGNÓSTICO DEL COMPONENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO

❖ PROCESOS ADMINISTRATIVOS:

Análisis de la dotación

La ESE en cumplimiento al estándar de habilitación tiene el inventario (hojas de vida) de todos y cada uno de los equipos utilizados en los servicios que cuentan

con: especificaciones técnicas del equipo, cronograma de mantenimiento preventivo y su cumplimiento, reportes de mantenimiento, reporte Es de anotar de manera importante que la última calibración de equipos se hizo en el mes de junio del año 2016 y el mantenimiento correctivo si los hubiere.

Las hojas de vida se encuentran en medio digital en el programa de PROSOFT bajo la responsabilidad del Ingeniero Biomédico a cargo de los equipos, pero igualmente reposa la hoja de vida de cada equipo de acuerdo al servicio en donde se encuentra ubicado. Los equipos tecnológicos con que cuenta la ESE son los requeridos para nivel de complejidad.

Es de anotar que la mayoría de los equipos con que cuenta el hospital son obsoletos y dado que no se les ha dado un mantenimiento preventivo efectivo presentan alto desgaste y deterioro.

Adquisición de Bienes y Servicios

El Hospital Departamental de Granada ESE adelanta las actividades de adquisición de bienes, a través del funcionario asignado para los procesos de almacén conforme a las normas establecidas en el estatuto de contratación expedido por la junta directiva mediante acuerdo No. 203 de 2016, y acorde con lo reglamentado por el comité de compras. De igual manera dentro del equipo administrativo de apoyo Gerencial se cuenta con dos profesionales asignadas para contratación.

Talento Humano

El manejo del proceso de talento humano está bajo la responsabilidad del subgerente administrativo como jefe de personal.

La planta de personal de la ESE se relaciona a continuación:

DENOMINACION DEL CARGO	CODIGO	GRADO	NUMERO DE CARGOS
Nivel Directivo			
Gerente Empresa Social del Estado	085	03	1
Subgerentes	090	02	3
Nivel Asesor			
Asesor de Control interno	105	03	1
Nivel profesional			
Profesional Universitario (Cartera- Presupuesto- almacén)	219	04	3
Profesional Universitario Área de la Salud	237	04	1
Enfermero	243	05	2
Nivel Técnico			
Técnico Administrativo	367	01	1

Se cuenta con cuatro operadores externos según la siguiente distribución

Operador 1. Encargado de los procesos asistenciales y de apoyo Administrativo en salud

Operador 2. Encargado de los procesos asistenciales especializados

Operador 3. Encargado de los procesos de vigilancia

Operador 4. Encargado de los procesos de aseo

Equipos de hardware

Los equipos con que cuenta la Institución son antiguos, se poseen equipos con más de diez (10) años de servicio, obstaculizando el buen flujo de trabajo, peor aún con la cantidad de pacientes que son atendidos a diario en nuestra institución, lo cual dificulta el sistema integrado de información. Se ha detectado que hace más de dos (2) años no se actualizan los equipos de cómputo.

Red de datos

El Hospital Departamental de Granada E.S.E dispone hoy en su totalidad de la interconexión de sus áreas basado en topología de una red Ethernet, define básicamente la distribución del cable que interconecta los diferentes equipos, las estaciones de trabajo a centro de cableado (centro de cómputo).

Software

No contamos con un sistema de información integrado, requerimos que todos los dispositivos hablen el mismo idioma para que la historia clínica sea única, y así disminuimos el riesgo de la misma al no poseer soluciones alternas que no brindan la seguridad y la confianza de la información. El Software que poseemos está basado en una plataforma demasiado antigua, es poco robusta por su manejo de tablas, y no tiene manejo de integridad, la seguridad de la información no es completa.

Actualmente, el Hospital Departamental de Granada E.S.E presenta una serie de dificultades consideradas como críticas al contar con un deficiente Plan Estratégico de Sistemas que le permita responder con oportunidad, exactitud y completitud a las nuevas exigencias del sector.

Sistematización de Historias Clínicas

En los servicios de Urgencias, Hospitalización y Quirófanos se elaboran partes de la Historia Clínica en forma manual siendo este un proceso cargado de ineficiencias tanto en su contenido como en su custodia. La ley 1438 de 2011 es clara que la Historia Clínica debe estar soportada por procesos automatizados e integrados siendo este un factor de incumplimiento por parte del Hospital.

❖ PROCESOS FINANCIEROS:

Contabilidad

El proceso de contabilidad en El Hospital Departamental de Granada ESE se desarrolla de acuerdo a lo establecido en las normas generales de la contabilidad pública basada en Plan Único de Cuentas. (PUC), se encuentra documentado y está bajo la responsabilidad de un contador público titulado.

El Hospital cuenta con Revisor Fiscal quien en cumplimiento de las funciones asignadas debe cerciorarse de que las operaciones se celebren o cumplan por cuenta de la Entidad se ajustan a las prescripciones de los estatutos y a las decisiones la Junta Directiva.

El aplazamiento para el 2017 de la aplicación del marco de convergencia a NIIF que se hiciera para todas las entidades que componen el Sistema General de Seguridad Social (SGSS) que se hizo en el artículo 2 del Decreto 2496 expedido por el Ministerio de Comercio el 23 de Diciembre de 2.015, obedeció a la crítica situación de sostenibilidad financiera por la que atraviesa el sector de la salud.

Los altos valores que en cuentas por cobrar manejan estas entidades y en especial su morosidad, se verían supremamente afectadas al aplicar el Deterioro de Cartera como lo expresa el nuevo marco normativo de NIIF con cargo a la cuenta de Ganancias Acumuladas o Impacto por Transición al Nuevo Marco Normativo, afectando negativamente su Patrimonio, lo cual llevaría a que dichas entidades no pudieran cumplir con los Índices de Solvencia que ordena el Decreto 2702/14.

Para el caso concreto de nuestro Hospital el deterioro de su cartera podría provocar que quedáramos en situaciones de alto riesgo de funcionamiento o en

causales de liquidación o entráramos en programas de saneamiento fiscal para lo cual no se cuenta con los recursos necesarios.

Tesorería

Corresponde a las entradas y salidas de los recursos económicos con sus soportes determinados por la ley y los protocolos administrativos internos. Este proceso se encuentra documentado y actualmente está a cargo de una Técnica Operativa bajo la responsabilidad del Subgerente Administrativo

Presupuesto

Los procesos de Presupuesto que se rigen por el decreto 115 de 1993 y manuales de presupuesto normas que permiten un sistema de unidad de caja que facilita la maniobrabilidad en los recursos y sus rubros presupuestales, estos rubros están clasificados en ingresos por venta de servicios, otros ingresos y transferencias cedidas por el orden Nacional, Departamental o Municipal, los gastos están establecido en el presupuesto de gasto como gastos generales, servicio a la deuda e inversión. Los procesos de presupuesto son adelantados por un profesional Universitario bajo la responsabilidad del Subgerente Administrativo.

Costos

El principal objetivo del análisis de costos en el Hospital Departamental de Granada E.S.E. a través de la herramienta Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero, es contar con una idea básica de los costos generales y del costo unitario de cada servicio. Debe aclararse que esta herramienta adoptada no es un estudio de costos, solo un aproximado para análisis, sin embargo, es de gran ayuda para determinar los mayores cambios históricos que se han presentado en la institución. El análisis de costos a través de esta herramienta nos permite concluir el comportamiento del costo en sus elementos principales: Mano de Obra, Materiales y Costos Indirectos, asignando el valor promedio por actividad que se

realiza en la institución, de acuerdo a cada una de las Unidades Funcionales y centros de costos con los que cuenta el Hospital Departamental de Granada E.S.E. En la actualidad, se cuenta con un sistema de costos que se basa en la asignación de los recursos a las actividades desarrolladas por la entidad, y de estas a los productos y/o servicios (objeto de costo) ofrecidos por la misma. Este sistema permite que se pueda determinar el costo estándar de los productos en las actividades operativas.

Contratación

El proceso de contratación se adelanta en el marco del acuerdo 203 expedido por la junta directiva en el mes de Noviembre de 2016 y dando cumplimiento a las normas legales de contratación es desarrollado por un funcionario de planta de la E.S.E. bajo el apoyo y responsabilidad del asesor jurídico de la E.S.E.

Solicitud de Autorizaciones

El Hospital adelanta este proceso, mediante el cual se brinda apoyo a los usuarios con la gestión y tramite de las autorizaciones ante las distintas E.A.P.B.

La normatividad vigente que se aplica para los pagos bajo la modalidad de evento determina que cada servicio debe estar previamente autorizado. Para este efecto, es necesario el diligenciamiento de los anexos que define la Resolución 3047 de 2008. Para el Hospital, estos anexos son realizados en una aplicación paralela generando reprocesos y elevados consumo de tiempo del funcionario administrativo.

Facturación

Este proceso comprende la sección que se responsabiliza del buen manejo de los soportes de acuerdo a los derechos y obligaciones de los usuarios, trasladando la información a las facturas soporte para cartera, quien hace efectivo el cobro de los

recursos por venta de servicios, están desarrollados por tres funcionarios distribuidos dos (2) en consulta externa y uno (1) en urgencias, igualmente esta área se encargada de la radicación. Es de destacar que este proceso se encuentra debidamente documentado y actualizado a los requerimientos del sistema de información y su implementación y operatividad en el sistema alcanza el 100% lo que representa para la empresa una facturación ágil, oportuna y eficiente que le permite radicar sus cuentas por ventas de servicios dentro de los términos exigidos por la ley en procura de mejorar el flujo de caja y liquidez de la institución.

Auditoría:

El área de auditoría de cuentas se encarga de responder a las objeciones realizadas mediante la comunicación escrita a las entidades e informando al área de cartera de estas decisiones. Sin embargo, son reiterativos los motivos de glosa sin que hayan sido efectivas las acciones para su reducción.

Estas causas generan los siguientes efectos negativos:

- **Radicación Extemporánea – Baja Radicación de Cuentas.-** Al no contar con un sistema de información confiable e integrada se ha generado que los procesos de armado de cuentas demanden demasiadas horas funcionario llevando a que la radicación de cuentas no supere el 85% del mes corriente.
- **Respuesta Extemporánea a Glosas – Aumento de Glosas.-** La deficiente parametrización de la aplicación de Urgencias y Hospitalización desencadena una reiteración en los motivos de glosa al no poder subsanar las causas que las originan. No se cuenta con registros que permitan

identificar la edad de la objeción para emitir las alertas requeridas en tiempos de respuesta.

Cartera

Cartera es el proceso donde se consolidan las cuentas por cobrar de la institución las cuales se vuelven derechos, estableciendo los procedimientos para un buen recaudo y recuperación de los recursos provenientes por venta de servicios. El proceso de cartera se desarrolla a través de un profesional universitario, bajo la responsabilidad del subgerente financiero con reforzamiento del Gerente de la ESE; dentro de este proceso se evidencia la dificultad de identificación de ingresos de clientes, que le permita a la empresa información veraz y actualizada de su cartera real. De igual manera se detectó que dentro de este proceso existen serias y graves falencias en un cobro diligente de la cartera y en la respuesta oportuna a las glosas generadas a la Entidad.

Reconocimiento vs Recaudo:

Muy a pesar de toda la regulación normativa para que funcione el sistema general de seguridad social en salud, los resultados en la política nacional de prestación de servicios de salud no han respondido a las necesidades de salud que requieren los actores intervinientes en el sistema.

Para el caso de las Instituciones Prestadoras de servicios de salud, el sistema cada día es más perverso y nos vemos enfrentados a prestar los servicios a nuestros usuarios, pese al reiterado incumplimiento por parte de las EAPB del pago de los servicios prestados.

Con este análisis se identifican las condiciones de Venta de Servicios. Se toman como referente las vigencias 2014-2015-2016 en donde a pesar de que la venta de servicios (reconocimientos) siguió el comportamiento histórico ascendente a

excepción del año 2016 en donde hubo un leve descenso, en la parte del recaudo presenta descenso tanto en las vigencias 2015 y 2016 con respecto a la vigencia 2014.

VIGENCIA	RECONOCIMIENTOS	RECAUDOS
2016	\$49.280.878.208	\$26.343.459.159
2015	\$51.378.293.218	\$25.659.570.050
2014	\$50.915.553.549	\$32.808.944.350

Del análisis de la venta de Servicios concluimos que tenemos serias dificultades originadas en la intervención y/o cierre de EPS del régimen subsidiado que es nuestro mayor comprador y pagador, tales como Humana vivir y Caprecom, como las más representativas, Entidades estas que en el momento de entrar en liquidación tenían carteras bastante altas con la Institución, igual sucede con algunas empresas del régimen contributivo como Saludcoop, cuyo recaudo efectivo se encuentra en proceso de controversia y que pasan a convertirse en deudas de difícil cobro.

De igual manera hay que advertir que la Entidad presenta serias falencias en cuanto a la gestión de respuesta de glosas, presentándose al año 2016 glosas de los años 2012, 2013, 2014 y 2015 sin responder. Solamente hasta el año 2016 el Hospital inició una estrategia de respuesta a glosas, estrategia que todavía se encuentra en implementación. Esta situación ha llevado a procesos de conciliación con las EAPB a fin de tratar de rescatar el mayor valor posible de las deudas y evitar la prescripción de las mismas.

De igual manera la Entidad presenta serias falencias en un seguimiento efectivo a la venta de servicios lo que ha generado que el recaudo por cartera no sea el más óptimo.

Para el año 2016 el leve descenso sobre la venta de servicios se origina sobre el segundo semestre y teniendo en cuenta que ante el reiterado incumplimiento de algunas EPS en el pago y en los procesos de autorizaciones de servicios, de recibo de la facturación de la venta de servicios, de la devolución y generación de glosa de manera arbitraria, la Entidad no renovó contratos y solamente se les vienen prestando los servicios de urgencias.

Análisis de la situación financiera 2016:

- ✓ **Venta de Servicios:** Para el año 2015 se presenta una disminución real del 7,59% con respecto al 2015 teniendo en cuenta lo observado en premisa.
- ✓ **Costo de Ventas:** Es el componente más importante del Estado de Resultado para el año 2015 fue del 89.34% del valor de la venta de servicios, para el año 2016 fue del 86.46%, bajo en 2.88%, pese a la disminución se presentó déficit.

El costo de venta tuvo una disminución en un 10.57%, con respecto al año 2015 lo cual no es proporcional a la disminución de las ventas (7,59%)

- ✓ **Gastos Operacionales:** El incremento es del 1,29%. Este incremento no supera el porcentaje de disminución de la venta de servicios.
- ✓ **Otros Ingresos:** el valor aumentó en un 1,58% respecto al año 2015 que estaba en 1,77% y para el año 2016 aumenta al 3,35%

- ✓ **Otros Gastos:** Tiene una disminución del 1,29% con relación al año 2015 que representaba el 5,84% y para el 2016 representan el 4,55%
- ✓ **Resultados del Ejercicio:** El porcentaje de disminución en el déficit en EXCEDENTE (DEFICIT) DEL EJERCICIO está influenciado de manera directa por el valor del costo de venta, si bajamos el costo de venta de 86.46% al 79% estaríamos generando excedentes.

3.7 FORTALECIMIENTO DE LA GESTION INSTITUCION

❖ Mejoramiento de la producción y la venta de servicios

Debemos ser claros en decir que si la ESE pudiese recaudar la venta de servicios en el mismo período, tendríamos equilibrio en la operación corriente e incluso generaríamos rentabilidad. Sin embargo estamos sujetos a la normatividad del flujo de recursos del sistema y de otro lado a las trabas que las empresas pagadoras establecen tales como las glosas y objeciones para demorar los pagos y en nuestro caso particular como se observa para la vigencias 2014 a 2016 en donde algunos de nuestros principales pagadores entraron en proceso de intervención y/o liquidación lo que ha hecho que sus pagos se hayan caído de manera ostensible afectando las finanzas de la ESE.

Sin embargo, hay que establecer metas concretas de producción a fin de tener los registros requeridos para evidenciar de manera temprana variables que afecten la producción, a fin de efectuar los ajustes y tomar los correctivos necesarios.

❖ **Mejoramiento en la modalidad de contratación y en las tarifas.**

Renegociación de tarifas. Este es el punto de partida para mejorar la venta de servicios, en el cual refleje que la venta de servicios está acorde a los costos y gastos en que incurre la ESE para su producción. Producto de este estudio se redefinirán las condiciones tarifarias con nuestros pagadores.

También la ESE para el cumplimiento de esta estrategia debe mantener el indicador de radicación oportuna de la facturación generada en la venta de servicios en el cien por ciento (100%)

❖ **Mejoramiento de los ingresos y recaudos.**

Estas metas son bastante exigentes, pero son en gran medida las que le permitirán a la ESE alcanzar el equilibrio de la operación corriente.

Hay que ser claros, precisos y concisos que mientras no se generen mecanismos efectivos que mejoren el flujo de recursos dentro del sistema resultará muy difícil para la IPS alcanzar su punto de equilibrio

Mejoramiento del Recaudo. El recaudo por la venta de servicios como se evidencia en el diagnóstico es el principal talón de Aquiles de la ESE. Una de las medidas estratégicas para poder alcanzar el equilibrio en la operación corriente, se sustenta en alcanzar porcentaje de recaudos mínimos del 85% para la venta de servicios del régimen subsidiado y mínimos del 80 % para el régimen contributivo en la vigencia 2017 y del 85 % en las vigencias subsiguientes.

Efectividad en las normas y estrategias del Gobierno para mejorar el flujo de recursos. La crisis financiera del Sector Salud genera el flujo lento de los recursos hacia las IPS, pese a la gestión interna que se hace para el recaudo

efectivo de la cartera. En este punto debe haber mayor efectividad para lograr las metas planteadas.

Gestión de cobro judicial de la cartera conciliada. Se debe iniciar de manera inmediata la gestión de cobro judicial de la cartera conciliada. Se propone la contratación de un abogado de cartera por la modalidad de porcentaje de recaudo a fin de no comprometer nuevos gastos para la ESE.

❖ **Disminución y racionalización del gasto**

Disminución en los gastos de operación. La ESE establece como meta disminuir el gasto de operación, basada en mejores prácticas de uso de los recursos disponibles teniendo en cuenta, que la ESE tiene establecido dentro del Acuerdo de gestión, debidamente socializado al interior de la entidad, la política de austeridad y control del gasto, que implica: seguimiento y monitoreo al gasto en servicios públicos, establecimiento de control de los consumos de combustibles de las ambulancias, implementación de la cultura del no papel toda vez que la empresa ha alcanzado un porcentaje de sistematización en el 95 %, control al uso racional de los insumos de uso hospitalario.

Dentro de esta estrategia se incluye el seguimiento y evaluación permanente a la ejecución presupuestal, teniendo como meta obligada que la ESE no comprometa recursos por encima del recaudo efectivo de ingresos, que nos permita alcanzar el equilibrio en la operación corriente. La estructura productiva representada en la capacidad instalada y el recurso humano disponible de la ESE está en plena disposición de cumplir las metas de producción proyectadas

3.8 SISTEMA INTEGRAL DE GESTION DE LA CALIDAD - “Camino a la Excelencia”

El Hospital Departamental de Granada ha implementado el Sistema Integrado de Calidad para el mejoramiento continuo en sus procesos.

El sistema ha evolucionado desde la Normatividad exigida para las Instituciones del sector Salud pertenecientes a la Red Pública, hacia el desarrollo de un Sistema Integral COMPATIBLE y COMPLEMENTARIO a la luz del SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACION que incluye los requisitos y elementos de estos sistemas (NTCGP 1000:2009, MECI: 2005, SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD EN SALUD) y permite optimizar recursos, evitando que se dupliquen esfuerzos para el mejoramiento continuo en sus procesos.

Durante el último año no se han realizaron avances significativos, esto debido a la situación financiera de la institución, alta rotación de personal y tres gerencias diferentes.

3.8.1 Sistema de habilitación. En la actualidad el Hospital Departamental de Granada E.S.E. reactivó servicios como Cirugía Maxilofacial. El equipo del “Comité de Calidad- MECI”, realizó un trabajo intensivo para la revisión del cumplimiento de los requisitos del Sistema Único de Habilitación, estamos a la espera para recibir la nueva visita del equipo de calidad de la Secretaria Departamental de Salud para verificar el adecuado cumplimiento de estos requisitos.

Al realizar las autoevaluaciones por servicio 2016 se encuentran las principales falencias con respecto al área de infraestructura, metrología y actualización de guías para poder lograr un cumplimiento del 100%.

3.8.2 Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad PAMEC.

Teniendo en cuenta la implementación del Sistema Integral de Gestión de Calidad del Hospital Departamental de Granada E.S.E. se presenta el PAMEC a partir del mes de febrero de 2012 para ello se tuvo en cuenta los 10 estándares del incluidos en la Resolución 1445 de 2006 que son:

- Direccionamiento.
- Gerencia.
- Gerencia del Recurso Humano.
- Gerencia del Ambiente Físico.
- Gerencia de la Información.
- Gestión de la tecnología.
- Hospitalarios.
- Ambulatorios.
- Laboratorio Clínico
- Imagenología

Además se programó un Ciclo de Auditoria Internas que tiene como propósito verificar el cumplimiento de los requisitos expuestos en la Norma NTCGP1000:2009, MECI, y demás normas que apliquen.

Se realizó el cierre del PAMEC 2016 cuyo porcentaje de cumplimiento es del 38%, porcentaje atribuible al gran número de actividades y oportunidades de mejora que quedaron incluidas en el plan.

3.8.3 Sistema de información. El hospital ha adecuado su sistema de información según lineamientos del MPS a través de la resolución 1446 de 2.006, la circular 030 de la Superintendencia Nacional de Salud, el decreto 2193 de 2.004

y la circular externa 049 de 2.007 de la Superintendencia Nacional de Salud, se mejoró la medición de los indicadores.

CODIGO	INDICADOR	Numer.	Denomin.	RESULTADO	CALIDAD ESPERADA	MAXIMO ACEPTABLE
E.1.1.0	Tiempo de espera en Consulta Médica General (días)	9,455	1,738	5	5 día	5 DIAS
E.1.2.1	Tiempo de espera en Consulta médica especializada Medicina Interna (días)	32,522	6,662	5	15 días	30 DIAS
E.1.2.2	Tiempo de espera en Consulta Médica especializada Ginecología (días)	64,329	18,854	3	15 días	15 DIAS
E.1.2.3	Tiempo de espera en Consulta Médica especializada de Pediatría (días)	14,519	4,116	4	5 días	5 DIAS
E.1.2.4	Tiempo de espera en Consulta Médica especializada de Cirugía General (días)	40,157	6,425	6	15 días	20 DIAS
E.1.4.0	Tiempo de Consulta Odontología general (días)	NA	NA	NA	NA	NA
	Tiempo de espera consulta de urgencias (Minutos)	2,696,179	72,692	37	30 Min	30 MIN
E.1.5.0	Oportunidad de servicios de imagenología CON LECTURA(días)	588,799	57,567	10	< 10 días	10 DIAS CON LECTURA
E.2.1.0	Oportunidad toma de muestras de laboratorio básico (días)	247,180	247,180	1	1 día	1 DIA
E.2.2.0	Tiempo de espera en la realización de cirugía programada (días)	23,869	2,014	12	< 15 días	30 DIAS
	% Cancelación Cirugía Programada	49	2,024	2%	< 5%	5%
E.3.1.1	Tasa de infección intrahospitalaria (%)	27	9,961	0%	< 2 %	2%
E.3.1.2	% Reingreso de pacientes hospitalizados ANTES 20 DIAS	56	11,895	0%	< 3 %	3%
E.3.2.0	Tasa de mortalidad hospitalaria (después 48 h) %	112	9,961	1%	< 1 %	1%
	Tasa de mortalidad (ANTES 48 h) %	56	9,961	1%	< 15 %	15.0%
	% Vigilancia de Eventos adversos	124	124	100%	100%	100 % GESTIONADOS
	Tasa de Satisfacción global	6,806	7,448	91%	90%	MINIMO ACEPTABLE 90%

En la revisión de los resultados de la Calidad Esperada, el único indicador que se encuentra fuera del margen es: TIEMPO DE ESPERA CONSULTA DE URGENCIAS que muestra un promedio en 2016 de 37 minutos de espera, dentro del plan de mejora se toma como acción que el triage sea realizado por enfermeros profesionales certificados y aprovechar este médico que antes hacía

Triage para aumentar de cuatro a cinco los médicos en el área de consulta en urgencias.

En cuanto a información al usuario, se ha implementado el mejoramiento del sistema de información socializando el portafolio de servicios incluyendo: La plataforma estratégica de la Institución, los servicios habilitados y de especialistas.

Actualmente se buscan estrategias de fortalecimiento en talento humano para la Oficina de Atención al Usuario lo cual se constituye pilar importante de retroalimentación con el Usuario y el mejoramiento continuo de la calidad de los servicios, siendo este servicio reconocido por el ICONTEC como una gran fortaleza en calidad.

3.8.4 Proceso de certificación. En año 2011 se emprendió la ardua tarea de certificar en calidad los servicios de Urgencias – Observación y hospitalización, alcanzando esta meta en el mes de septiembre cuando el ICONTEC por medio de una auditoria de otorgamiento reconoce que el Hospital Departamental de Granada E.S.E. tiene documentado e implementado un Sistema de Gestión de Calidad que permite el mejoramiento continuo, minimizar los riesgos en la prestación del servicio y la satisfacción de los usuarios.

En el año 2012 se trazó continuidad fortaleciendo el Sistema Integral de Gestión de calidad apoyados en la Norma NTCGP1000:2009 y se trazaron nuevas metas que consistía en mantener el certificado en Urgencias y Hospitalización y ampliar el alcance en Consulta Externa, Referencia y contrarreferencia, Apoyo Diagnostico (Laboratorio Clínico, Servicio Transfusional, imagenología).

Se logró el cumplimiento de la meta quedando como resultado el nuevo alcance de la siguiente manera: “Prestación de servicios de salud de alta complejidad en

Laboratorio clínico. Servicios de Mediana complejidad en hospitalización general adultos y pediátrica, obstetricia, urgencias, sala Enfermedades Respiratoria Aguda (ERA), sala de procedimientos, consulta externa especializada, radiología e imágenes diagnósticas, servicio transfusional, ultrasonido y transporte asistencial medicalizado. Servicios de baja complejidad en toma de muestras de laboratorio clínico y citologías, consulta externa, y transporte asistencial básico”.

Pasos que permitieron el otorgamiento de los Certificados en Calidad:

1. Establecer un Sistema de Gestión de Calidad denominado “Camino a la Excelencia”.
2. Realizar y socializar el Manual de Calidad y reorganizar el mapa de procesos, política y objetivos de calidad y las políticas de operaciones de la institución, esto proporciona las directrices para que los colaboradores actúen de tal forma que todo se engrana y así dar cumplimiento a los objetivos y metas institucionales.
3. Documentación, socialización e implementación de todos los procesos, guías, protocolos que permite a todos los colaboradores de la institución realizar actividades seguras en cumplimiento de los requisitos de calidad.
4. El equipo de Calidad logra un posicionamiento a nivel institucional que con su acompañamiento en todas las áreas del Hospital, cuenta con un recurso humano capacitado profesionalmente, altamente calificado quien ha llevado a cabo el desarrollo de auditorías internas donde se generan acciones preventivas y correctivas y de seguimiento.
5. Finalmente el Hospital recibe el 23 de noviembre los certificados en calidad NTCGP1000:2009, ISO9001:2008 y IQNET para los servicios de urgencias y hospitalización.

Se logró el cumplimiento de la meta quedando como resultado el nuevo alcance de la siguiente manera: “Prestación de servicios de salud de alta complejidad en Laboratorio clínico. Servicios de Mediana complejidad en hospitalización general adultos y pediátrica, obstetricia, urgencias, sala Enfermedades Respiratoria Aguda (ERA), sala de procedimientos, consulta externa especializada, radiología e imágenes diagnósticas, servicio transfusional, ultrasonido y transporte asistencial medicalizado. Servicios de baja complejidad en toma de muestras de laboratorio clínico y citologías, consulta externa, y transporte asistencial básico”.

Estos certificados se mantuvieron con visitas anuales hasta el año 2015. En el año 2016 la institución suspendió la visita por parte del Icontec argumentando falta de recursos para garantizar el cumplimiento de estándares, la alta rotación de personal y cambio de representante legal en dos oportunidades durante el año.

3.8.5 Sistema Único de Acreditación - “Proyecto de preparación para la acreditación”. Con el fin de iniciar un camino articulado con las políticas nacionales, el Hospital Departamental de Granada se inscribió a la Convocatoria pública del Ministerio de la Protección Social para el proyecto de preparación de IPS para la Acreditación y el Componente de Auditoría para el mejoramiento de la Calidad y firmó acta inicial de compromiso en el año 2.008.

Fuimos uno de los 105 hospitales escogidos por el Ministerio para la preparación para la Acreditación, durante el año 2009 se contó con el acompañamiento del Ministerio de la Protección Social para ejecutar las acciones de mejoramiento propuestas en los planes, alcanzando un cumplimiento del 80%, lo cual permitió al Hospital continuar en el Proyecto y posicionarse dentro de las IPS públicas de la Zona Centro del país que han demostrado su trabajo en calidad y tienen evidencias reales de la Preparación para la Acreditación.

El trabajo adelantado incluye nueve ciclos de Planeación y preparación para la Autoevaluación y la conformación de los equipos, la realización de las autoevaluaciones cualitativa y cuantitativa, el consolidado de la calificación, los planes de mejoramiento y el desarrollo de las acciones de mejoramiento.

Este año se retoma la preparación el noveno ciclo de autoevaluación y se generaran nuevos planes de mejoramiento con metas a cumplir para cada Unidad Funcional, integrando elementos conectores dentro de la Política de Seguridad del Paciente, la Política de Calidad y la Política de Confidencialidad.

3.9 PERFIL EPIDEMIOLOGICO HOSPITAL DPTAL DE GRANADA 2016

INDICADORES EPIDEMIOLOGICOS

Analizan y establecen los patrones de comportamiento de las enfermedades o procesos patológicos que afectan a nuestra población.

Como unidad primaria generadora de Datos activa y en disposición de informar cualquier evento proporciona el mejoramiento de la información y proporciona ayuda para la creación de políticas de atención en salud.

NATALIDAD

La natalidad es la frecuencia de los nacimientos que tienen lugar en una población y un período de tiempo, es un indicador importante ya que nos muestra el comportamiento y características de la población infante y las condiciones de vida de la madre.

De acuerdo a los certificados de nacidos vivos registrados en el Hospital Departamental de Granada, en el año 2015 ocurrieron 2572 nacimientos comparado con el año 2016 donde se observó un aumento a 2635 nacimientos, con prevalencia de recién nacidos de sexo masculino con 51.8 % (n=1367) en el año 2016 y en el 2015 con un 50.3% (n=1294), sexo femenino con 48.1% (n=1268) en el año 2016 y un 49.6% (n=1278) en el año 2015. El total de partos en el año 2016 fue de 2607, atendidos por partos vaginales en su mayoría en un 69.4% respecto al 30.5% de las cesáreas realizadas. Estos nacimientos pertenecen al régimen subsidiado con 1872, contributivo 667, vinculados 22 y 46 por regímenes especiales, donde se evidencia mayor prevalencia en el régimen subsidiado en el 2015, comparado con el 2016.

En el total de partos atendidos se registraron 28 partos gemelares para el año 2016 y 24 para el 2015. Los nacimientos que fueron atendidos durante el año 2016 registran como provenientes de las regiones del Ariari, demás municipios del Departamento del Meta, Guaviare, Casanare y Cundinamarca.

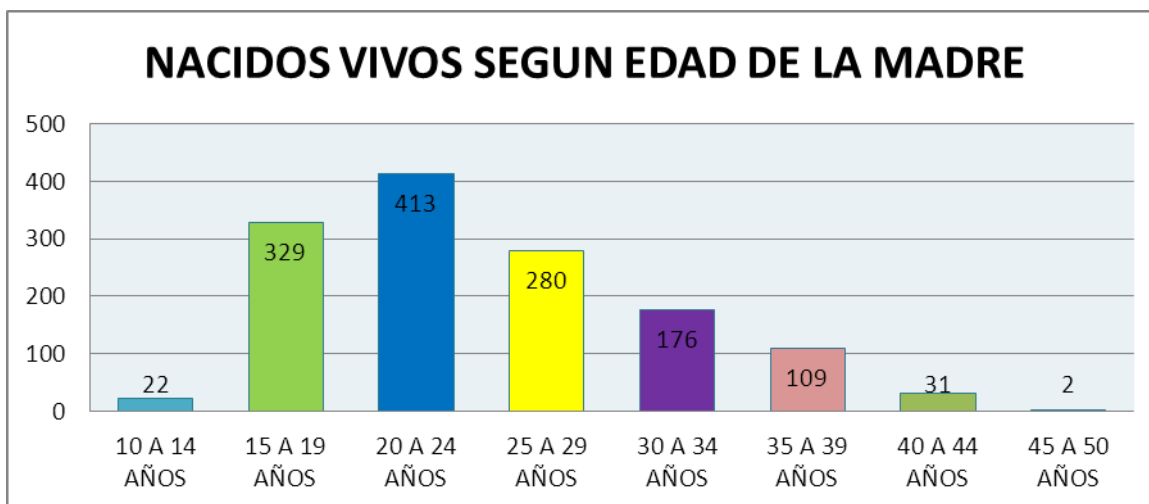
NACIMIENTOS	AÑO 2015	Prevalencia	AÑO 2016	Prevalencia
HOMBRES	1294	50.3%	1367	51.8%
MUJERES	1278	49.6%	1268	48.1%
TOTAL DE NACIMIENTOS	2572	100%	2635	100%

ATENCION DEL PARTO	AÑO 2015	Prevalencia	AÑO 2016	Prevalencia
CESAREA	813	31.9%	796	30.5%
PARTOS VAGINALES	1735	68%	1811	69.4%
TOTAL DE PARTOS	2548	100%	2607	100%

Edad de las madres por nacidos vivos

EDADES MATERNAS	NACIDOS VIVOS	PORCENTAJE
12 A 14 AÑOS	22	1.61%
15 A 19 AÑOS	329	24.15%
20 A 24 AÑOS	413	30.32%
25 A 29 AÑOS	280	20.55%
30 A 34 AÑOS	176	12.92%
35 A 39 AÑOS	109	8.0%
40 A 44 AÑOS	31	2.27%
45 A 50 AÑOS	2	0.14%

Al analizar la edad de las madres, encontramos que el mayor porcentaje de nacimientos fueron atendidos de madres entre edades de 20 a 29 años, edades adecuadas para la concepción y el manejo de la responsabilidad, donde se debería enfocar los métodos anticonceptivos y así controlar la multiparidad que es más frecuente en estas edades. Encontramos en segunda medida maternas en edades de 12 a 19 años con más del 25.76% de prevalencia. Este es un indicador en aumento de un inicio temprano a la vida sexual, la no utilización de los métodos anticonceptivos, los embarazos no deseados, inestabilidad emocional y la disminución del autoestima hacen un llamado a los programas enfocados en la prevención de enfermedades de transmisión sexual y educación en el manejo de los métodos anticonceptivos, el conocimiento del auto cuidado, y la responsabilidad que acarrea las atenciones a una nueva vida en los casos de embarazos, es centrar con estrategias y énfasis en el proyecto de vida desde niños hasta adolescentes y jóvenes (desde los 6 a los 19 años), la permanencia escolar, la culminación del ciclo educativo, el logro de familias funcionales.



MORTALIDAD

La muerte es el evento de más alto costo social y sigue siendo un indicador fundamental de la situación de salud de las poblaciones. La tasa de mortalidad no es solo un indicador de la magnitud de dicho evento, sino que es esencialmente un indicador del riesgo absoluto de morir el cual está reflejado por las condiciones de vida de la población.

La base de datos obtenida de la Plataforma RUAF, se genera de los certificados de defunción para el año 2015 y 2016 del Hospital Departamental de Granada E.S.E. Arroja un total de 793 defunciones para el 2016 más que para el 2015 con 626 defunciones. Se evidencia una alta prevalencia entre las edades de más de 60 años con un 33.79% (n=268) de las defunciones, seguido por las edades de 45 a 59 años con un 6.80 % (n=54) y muertes perinatales de entre las 23 semanas de gestación hasta los 28 días de nacimiento con un 5.67% (n=45). Las 45 muertes perinatales reportadas en el año 2016 comparadas con el año 2015 con 62 muertes perinatales demuestran una clara disminución, se reportaron 401 defunciones por abortos correspondientes a los ocurridos entre menos de la

semana 22 de gestación, con una causa no específica y por embarazos anembrionados, comparado con el año 2015 que se presentaron 308. Esto refiere enciende las alarmas desde nuestro Hospital Departamental de Granada para el mejoramiento continuo en la atención del parto cumplimiento de las guías y protocolos, y hacia el primer Nivel para que centre estrategias en los controles prenatales y seguimiento, ya que según los análisis de estas muertes un común denominador es la deficiencia en los controles prenatales de las maternas por fallas en los seguimientos o la no asistencia por parte de las gestantes a los mismos.

El sexo masculino fue el más representativo en las muertes con un 57% (n=224), y el sexo femenino con 44.75% (n=175) del total de 392 fallecimientos en año 2016 de los grupos de edad de 22 semanas de gestación hasta más de 60 años de vida.

TABLA MORTALIDAD HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA SEGÚN GRUPO DE EDAD VIGENCIA 2016.

GRUPO DE EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MORTALIDAD ANTES DE LAS 22 SEMANAS DE GESTACION	401	50.5%
MORTALIDAD PERINATAL 22 SEM GESTAC y/o 500gr HASTA 28 DIAS	45	5.67%
MORTALIDAD INFANTIL	3	0.37%
DE 1 A 4 AÑOS	1	0.12%
DE 5 A 14 AÑOS	0	0%
DE 15 A 44 AÑOS	21	2.64%

DE 45 A 59 AÑOS	54	6.80%
DE 60 Y MAS AÑOS	268	33.79%
TOTAL	793	100

**MORTALIDAD GENERAL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA
ESE, CAUSAS MAS PREVALENTES, AÑO 2016**

10 PRIMERAS CAUSAS DE MUERTE NO FETAL EN EDADES DE 1 A >DE 60 AÑOS.	TOTAL	PREVALENCIA
NEUMONIA BACTERIANA	93	23.72%
HIPERTENSION ARTERIAL	80	20.40%
DIABETES MELLITUS	47	11.90%
INSUFICIENCIA CARDIACA	42	10.70%
ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA	29	7.39%
INSUFICIENCIA RENAL	20	5.10%
CANCER DE PULMON	8	2.00%
CIRROSIS HEPATICA	6	1.53%
TUBERCULOSIS PULMONAR	6	1.53%
HEMORRAGIA INTRACEREBRAL	6	1.53%
TOTAL DE DEFUNCIONES	392	100%

Las 10 primeras causas de muerte por información encontrada en RUAF en el año 2016 Encontramos la Neumonía Bacteriana en un porcentaje de 23.72% seguida por Hipertensión arterial en un porcentaje de 20.40%, Diabetes Mellitus en un

porcentaje de 11.9% y las insuficiencias cardíacas en un porcentaje de 10.7% del total de muertes.

Las edades más prevalentes encontramos de más de 60 y más años, seguido por las edades de 49 a 59 años a diferencia de las neumonías que el segundo grupo más prevalente encontramos las edades de entre 15 a 44 años. Una elevada incidencia en la presencia de cáncer, enfermedad de alto costo y tuberculosis sugiere estrategias para su prevención y mejoramiento en las actividades interinstitucionales e institucionales para su manejo.

La tasa de mortalidad general del Hospital Departamental de Granada fue de 8 muertes por cada 1000 en el año 2016 comparada con una tasa de mortalidad más baja para año 2015 con 6 muertes por cada 1000 pacientes atendidos por consultas.

Causas de muertes perinatales

CAUSAS DE MUERTES PERINATALES (22 SEMANAS DE GESTACION HASTA 7 DIAS DESPUES DEL NACIMIENTO)		
CAUSAS DE MUERTE	TOTAL DE MUERTES	PREVALENCIA
INSUFICIENCIA PLACENTARIA	11	24.40%
PREMATUREZ EXTREMA	11	24.40%
OBITO FETAL	6	13.30%
DEFECTOS CONGENITOS	4	8.88%
DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA	2	4.44%
ASFIXIA PERINATAL	2	4.44%

OTRAS CAUSAS	9	20%
TOTAL	45	100%

Entre las principales causas de muerte perinatal encontramos la Insuficiencia placentaria y la Prematurez Extrema en un 24.4% respectivamente (n=11 Insuficiencia placentaria y la Prematurez Extrema (n=11) del total de 45 muertes perinatales), óbito fetal 13.3% (n=6 del total de 45 muertes perinatales), defectos congénitos 8.88% (n=4 del total de 45 muertes perinatales), y asfixia perinatal con 4.44% (n=2 del total de 45 muertes perinatales). Los lugares de procedencia más prevalentes son en su orden, los municipios de Granada, San Martín, Fuente de Oro, Puerto Rico.

La tasa de mortalidad perinatal para el año 2016 en el Hospital Departamental de Granada fue de 16.7 casos por 1000 nacidos vivos, comparada con una tasa más alta para el año 2015 con 24 casos por cada 1000 nacidos vivos.

MORBILIDAD

El diagnóstico epidemiológico tiene como propósito determinar la situación actual de salud de la población que acude a los servicios del Hospital Departamental de Granada y los factores condicionantes de la misma, esto se orienta a identificar los principales problemas de salud de dicha población, así como sus factores de riesgo. El perfil epidemiológico se convierte en la guía para la planeación y ejecución de acciones de promoción y prevención de la salud y es así mismo el mejor indicador evaluativo de dichas acciones ya que mide realmente los cambios en el comportamiento sanitario. La morbilidad es un indicador estadístico, que permite conocer cuáles son las principales enfermedades que aquejan a los habitantes de una determinada región, el conocimiento de la morbilidad nos

permite calcular la población a servir con determinadas especialidades y la demanda de servicios que su atención exigirá, esto para la búsqueda del bienestar de los usuarios y mitigar sus problemas de salud.

La clasificación de las 10 causas de morbilidad en cada uno de los servicios del Hospital es:

MORBILIDAD ESPECÍFICAS SERVICIO DE URGENCIAS AÑO 2016

MORBILIDAD URGENCIAS	
Enfermedad	total
DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	2413
INFECCION DE VIAS URINARIAS SITIO NO ESPECIFICADO	2410
HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	1418
NEUMONIA BACTERIANA NO ESPECIFICADA	974
LUMBAGO NO ESPECIFICADO	858
TRAUMATISMO DE LA CABEZA NO ESPECIFICADO	726
CELULITIS DE OTRAS PARTES DE LOS MIEMBROS	705
INFECCION VIRAL NO ESPECIFICADA	685
INFECCION AGUDA NO ESPECIFICADA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES	675
DEPLECION DEL VOLUMEN	674
AMENAZA DE ABORTO	647

La morbilidad encontrada en el servicio de urgencias está representada por el aumento en la incidencia de diarreas y gastroenteritis de presunto origen infeccioso en las edades de 46 a 80 años seguido por las infecciones urinarias en

este grupo de edad, atribuido muy posiblemente a malas prácticas de higiene, y a los inconvenientes que aún se conservan en el municipio y es la deficiencia en el servicio de agua potable, en nuestro municipio de Granada y demás municipios de los que provienen nuestros pacientes. La hipertensión esencial primaria y las neumonías bacterianas siguen en ese mismo orden.

Es de gran importancia la identificación de las patologías por las cuales acuden nuestros usuarios al servicio de urgencias y crear estrategias en conjunto con el primer nivel de atención para orientar las buenas prácticas de higiene dentro de la población de los estratos más bajos y los cuidados en el caso de pacientes que se encuentren al cuidado de otros.

Otra estrategia que se está llevando a cabo y que reactiva las alarmas en el plan de contingencia de IRA (Infecciones Respiratorias Agudas), es el uso de la sala ERA dispuesta para las enfermedades Respiratorias, que aunque existe en el área de urgencias para mejorar los problemas respiratorios se debe regular su buen uso e implementación, con la ayuda del grupo de terapeutas respiratorias, los médicos generales y especialistas, plan que la secretaria de salud solicita su cumplimiento para todos los Hospitales de Segundo Nivel.

MORBILIDAD ESPECÍFICA SERVICIO DE HOSPITALIZACION

MORBILIDAD EN HOSPITALIZACION	
Enfermedad	total
PARTO UNICO ESPONTANEO PRESENTACION CEFALICA DE VERTICE	560
NEUMONIA BACTERIANA NO ESPECIFICADA	323
INFECCION DE VIAS URINARIAS SITIO NO ESPECIFICADO	268

PARTO UNICO ESPONTANEO SIN OTRA ESPECIFICACION	368
HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	190
DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	183
CELULITIS DE OTRAS PARTES DE LOS MIEMBROS	132
FALSO TRABAJO DE PARTO ANTES DE LA 37 SEMANAS COMPLETAS DE GESTACION	132
PARTO POR CESAREA DE EMERGENCIA	132
ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA NO ESPECIFICADA	62
AMENAZA DE ABORTO	647

La atención del parto es la primera causa de morbilidad atendida en el servicio de hospitalización en las edades de 18 a 30 años, seguida por La neumonía bacteriana como causa principal de Morbilidad en el servicio de Hospitalización pediatría por la presencia en las edades de 1 a 5 años grupos con factor de riesgo ya que se encuentran a merced de los cuidados proporcionados por otras personas, inmunosupresión, períodos prolongados en cama en casa u hospitalizaciones, o previas enfermedades respiratorias y malas prácticas de higiene, que llama la atención de la estrategia inicial de las salas ERA para ayudar a disminuir la posibilidad de complicaciones de los eventos respiratorios que se presentan en su mayoría en los menores de edad. Otra causa de morbilidad en la que encontramos en los grupos de 46 a 80 años y son las infecciones urinarias, esto se puede atribuir a malas prácticas de aseo.

MORBILIDAD ESPECÍFICA SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA AÑO 2016

MORBILIDAD CONSULTA EXTERNA	
Enfermedad	total
HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	844
HIPERPLASIA DE LA PROSTATA	652
LUMBAGO NO ESPECIFICADO	457
COMPRESIONES DE LAS RAICES Y PLEXOS NERVIOSOS EN TRASTORNOS DE LOS DISCOS INTE	303
HERNIA INGUINAL UNILATERAL O NO ESPECIFICADA SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA	262
DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION	256
HIPOTIROIDISMO NO ESPECIFICADO	255
OBESIDAD NO ESPECIFICADA	245
HEMORRAGIA VAGINAL Y UTERINA ANORMAL NO ESPECIFICADA	241
FRACTURAS MULTIPLES DE LA PIERNA	238
DESNUTRICION PROTEICOALORICA LEVE	221
TRASTORNO DE ANSIEDAD NO ESPECIFICADO	218
ANEMIA NUTRICIONAL NO ESPECIFICADA	214
INFECCION DE VIAS URINARIAS SITIO NO ESPECIFICADO	214
DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE CON COMPLICACIONES NO ESPECIFICADAS	199
DESNUTRICION PROTEICOALORICA LEVE	221

La morbilidad presentada en el servicio de consulta externa demuestra el mayor número de solicitud de consultas para atención de enfermedades crónicas como son Hipertensión, enfermedades de la próstata, lumbagos y demás enfermedades sujetas a la edad. Llama la atención los casos de desnutrición 221 casos,

atendidos en consulta externa entre el grupo de edad de 1 a 5 años atribuidas posiblemente al desplazamiento que limita las posibilidades de sustento familiar o mala calidad en la alimentación proporcionada a los niños.

**EVENTOS NOTIFICADOS DURANTE EN EL AÑO 2016, HOSPITAL
DEPARTAMENTAL DE GRANADA**

EVENTOS INDIVIDUALES NOTIFICADOS	NUMERO
EMBARAZO EN ADOLESCENTES	370
DENGUE	233
ZIKA	146
VIGILANCIA INTEGRADA DE RABIA HUMANA	106
VARICELA INDIVIDUAL	82
VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DE LAS VIOLENCIAS DE GÉNERO	55
MORTALIDAD PERINATAL Y NEONATAL TARDÍA	45
MORBILIDAD MATERNA EXTREMA	44
INTOXICACIONES	39
BAJO PESO AL NACER	36
INTENTO DE SUICIDIO	29
ACCIDENTE OFIDICO	26
TUBERCULOSIS	16
DEFECTOS CONGENITOS	13
FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA	12
INFECCION RESPIRATORIA AGUDA GRAVE IRAG INUSITADA	10
MALARIA	8
PAROTIDITIS	5
IAD – INFECCIONES ASOCIADAS A DISPOSITIVOS – INDIVIDUAL	4
ENFERMEDAD TRANSMITIDA POR ALIMENTOS O AGUA (ETA)	3
LEPTOSPIROSIS	3

SIFILIS CONGENITA	3
CHAGAS	2
SIFILIS GESTACIONAL	2
MORTALIDAD POR DENGUE	2
EVENTO ADVERSO SEGUIDO A LA VACUNACION.	1
HEPATITIS A	1
LEPRA	1
LESIONES POR ARTEFACTOS EXPLOSIVOS (POLVORA Y MINAS ANTIPERSONAL)	1
TOTAL DE CASOS NOTIFICADOS	1218

Los eventos de notificación colectiva: EDA con 2112 casos notificados, IRA con 437 casos notificados.

Los eventos más notificados durante año 2016 corresponden a los embarazos en adolescentes, el Dengue, el Zika y los accidentes Rátricos. En este momento se están llevando a cabo los planes de contingencia de Zika en la etapa de post epidemia para el tratamiento, los controles y las muestras que hay que tener en cuenta por todo el grupo multidisciplinario de la UMI, UCI NEONATAL, Ginecólogos y médicos a fin de cumplir a cabalidad los lineamientos para su atención en cada uno de los escenarios posibles.

Con cada uno de los pacientes atendidos por Tuberculosis y lepra se está manejando la información inmediata a Epidemiología para hacer un seguimiento a estos pacientes desde su ingreso a la institución y su egreso y seguridad en la proporción del medicamento por parte del Hospital Departamental de Granada y hasta que el paciente acude a su primer nivel de atención para continuar con el tratamiento.

Los accidentes rábitos son manejados con la visita del técnico en saneamiento ambiental de manera casi que inmediata para establecer la aplicación adecuada o no de la vacuna y así evitar las aplicaciones innecesarias y la pérdida del biológico, pero se necesita de la colaboración del grupo asistencial en estos eventos para que el diligenciamiento de la ficha y su entrega a epidemiología sea de manera rápida para aplicar la respectiva ruta.

El 100% de los casos de mortalidad perinatal y general fueron analizados y entregados al grupo de vigilancia en salud pública del municipio y se realizaron los debidos planes de mejoramiento.

Se cumplió y se seguirá el seguimiento a los planes de contingencia según el municipio de Granada y el Departamento del Meta aplicados a la institución Hospital Departamental de Granada.

Se hace un llamado de atención a las instituciones de primer nivel para mejorar las acciones de promoción y prevención y así evitar el incremento en el número de adolescentes embarazadas que ingresan a la atención del parto al Hospital Departamental de Granada, esto disminuiría las enfermedades y situaciones de riesgo por embarazos a tan temprana edad, bajar la prevalencia de las Morbilidades Maternas Extremas y por ende las Mortalidades perinatales.

EVALUACION DE MANEJO A PROTOCOLOS Y GUIAS POR MEDIO DEL ANALISIS DE HISTORIAS CLINICAS:

Una de las metodologías para hacer una evaluación clara y que nos permita mejorar, actualizar y socializar los protocolos, son las auditorias mensuales que se lleva a cabo a las historias clínicas de los eventos que más se presentan en

nuestra institución. Dicha auditoria es realizada por los administradores de las diferentes unidades Funcionales y coordinadores médicos, a fin de corregir las prácticas médicas.

En el cumplimiento de los lineamientos de la resolución 1995 para las Historias Clínicas y teniendo en cuenta que la atención del parto es una de las primera causas de egreso en el Hospital Departamental de Granada seguidas por el infarto agudo de miocardio (IAM), Apendicectomías, Hemorragias del tercer trimestre y trastornos hipertensivos en la gestación, en la evaluación y el Análisis de los indicadores según la resolución 743, seguimiento a las guías de manejo hospitalario se pretende mejorar la calidad en la atención de nuestros usuarios, mediante auditoría realizada a Historias Clínicas de estos eventos y cumplimiento a los planes de mejora discutidos en cada uno de los comités.

Los indicadores para cada uno de los meses se encuentran descritos en las siguientes tablas:

INDICADOR IAM
Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico de infarto agudo del miocardio (IAM)
FORMULA DEL INDICADOR
Número de pacientes con diagnóstico de egreso de infarto agudo del miocardio a quienes se inició la terapia específica dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnóstico / Total de pacientes con diagnóstico de egreso de infarto agudo de miocardio en la vigencia.
ESTANDAR ESPERADO
> 0= 0.90 (90%) (TOTAL HISTORIAS QUE CUMPLEN/TOTAL DE HISTORIAS AUDITADAS)

ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC
8 DE 9	3 DE 3	7 DE 8	4 DE 4	4 DE 5	8 DE 9	4 DE 6	8 DE 9	4 DE 6	5 DE 8	1 DE 4	0 DE 2
89%	100%	88%	100%	93%	81%	89%	90%	67%	87%	69%	75%

En la atención del infarto agudo de miocardio se ha evidenciado falencias en el diligenciamiento de la historia clínica, en la falta de documentación en la administración o solicitud de medicamentos y elementos diagnósticos en las historias clínicas auditadas que encienden las alarmas internas en la urgente adecuación, socialización y cumplimiento de la guía al grupo médico, para disminuir la posibilidad de incurrir en una mala atención.

INDICADOR MORBILIDAD ATENDIDA (ATENCION DEL PARTO)
Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida. (Atención de parto)
FORMULA DEL INDICADOR
Numero de historias clínicas con aplicación estricta de la guía de manejo adoptada por la ESE para el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia / Total historias clínicas auditadas de pacientes con el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la entidad en la vigencia.
ESTANDAR ESPERADO
> 0 = 0.80 (80%) (TOTAL HISTORIAS QUE CUMPLEN/TOTAL DE HISTORIAS AUDITADAS)

ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC
15 DE 23	18 DE 25	19 DE 22	20 DE 23	18 DE 25	20 DE 24	16 DE 17	35 DE 35	35 DE 35	31 DE 31	23 DE 25	28 DE 28
78%	81%	82%	85%	81%	83%	94%	100%	100%	92%	87%	90%

Como primera causa de morbilidad atendida de nuestra institución tenemos la atención del parto. En la evaluación de las historias clínicas mes a mes se obtiene el cumplimiento en lo transcurrido del año donde en un alto porcentaje las historias auditadas cumplieron con la meta del indicador, esto evidencia que hay adherencia a la guía y se encuentra que hay un grupo constante en el área de cirugía que demuestra que de la retroalimentación de cada uno de los casos que ingresan a la institución permite el mejoramiento continuo.

INDICADOR MORBILIDAD ATENDIDA APENDICECTOMIA
Oportunidad en la realización de apendicectomía.
FORMULA DEL INDICADOR
Número de pacientes con diagnóstico de apendicitis al egreso a quienes se inició apendicetomía, después de confirmado el diagnóstico en un tiempo igual o menor a 6 horas / Total de pacientes con diagnóstico de apendicitis al egreso en la vigencia objeto de evaluación.
ESTANDAR ESPERADO
> 0 = 0.80 (80%) (TOTAL HISTORIAS QUE CUMPLEN/TOTAL DE HISTORIAS AUDITADAS)

ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC
24 DE 26	22 DE 23	26 DE 29	35 DE 38	20 DE 24	20 DE 24	16 DE 17	35 DE 35	23 DE 28	29 DE 31	32 DE 34	23 DE 23
92%	95%	89%	92%	93%	92%	82%	100%	82%	92%	94%	100%

El indicador de apendicectomías evalúa el tiempo el cual transcurre entre el diagnóstico de apendicitis y la realización de la apendicectomía que debe ser menor a 6 horas. En las historias auditadas se encontró alto cumplimiento en el tiempo para la realización de la intervención y la adherencia al protocolo por el grupo médico. La preocupación radica en los reingresos de estos pacientes según los indicadores de seguridad del paciente de la institución a causas de deficiencias en la aplicación de la guía de curaciones y desconocimiento del manejo de las heridas en el hogar por parte de los usuarios y sus familiares.

INDICADOR HEMORRAGIAS DEL TERCER TRIMESTRE Y TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DE LA GESTACION
Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Hemorragias del tercer trimestre y trastornos hipertensivos en la gestación.
FORMULA DEL INDICADOR
Numero de historias clínicas con aplicación estricta de la guía de manejo para hemorragias del tercer

trimestre y trastornos hipertensivos en la gestación / Total de historias clínicas auditadas de pacientes con edad gestacional mayor de 27 semanas atendidas en la ESE con diagnóstico de hemorragia del tercer trimestre y trastornos hipertensivos en la gestación.

ESTANDAR ESPERADO

> 0 = 0.80 (80%) (TOTAL HISTORIAS QUE CUMPLEN/TOTAL DE HISTORIAS AUDITADAS)

ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC
8 DE 9	7 DE 9	7 DE 7	7 DE 8	7 DE 5	7 DE 7	7 DE 7	7 DE 7	5 DE 5	6 DE 6	3 DE 4	6 DE 9
89%	75%	88%	88%	71%	73%	81%	100%	91%	85%	82%	80%

Indicador que evalúa la aplicación de guía de manejo específica: Hemorragias del tercer trimestre y trastornos hipertensivos en la gestación, contemplando además, los lineamientos que deben ser incluidos en la guía y socializados a todo el grupo médico para su cumplimiento. Según los resultados de la auditoria durante los meses de febrero a julio se observó oscilaciones que denotaron deficiencia en el total cumplimiento a la guía, por tal motivo observó la necesidad de orientación al grupo multidisciplinario sobre el manejo de la misma y lograr mejorar en el mes de agosto y mitigar cualquier posibilidad de complicación materna y como plan de mejoramiento se efectuó jornada académica de maternidad segura donde fueron expuestos los protocolos según el instituto nacional de salud con asistencia del grupo médico de la institución el día 05 de octubre de 2016 donde se unificaron conceptos, y se actualizo al grupo medico asistente.

CONCLUSIONES

- Como meta importante en el proceso de epidemiologia, es el logro de la notificación de todos los eventos de interés público sin falencias en el diligenciamiento de los datos de las fichas de notificación, herramienta importante y generadora de datos que pueden fortalecer los sistemas de información municipal para permitir el generar estrategias en salud.

- Por medio de capacitaciones continuadas a nuestro equipo medico fortalecer el conocimiento y comportamiento de los eventos en salud pública.
- Fortalecer el manejo en las plataformas de información que deben ser alimentadas por cada uno de los médicos generales y especialistas de nuestra institución para disminuir los errores en la información que se genera a nivel municipal para los entes departamentales y nacionales tales como los certificados de defunción y nacimiento.
- Unificar criterios para el diligenciamiento de las fichas de notificación, por medio de la enseñanza continuada y el seguimiento a los eventos que se presenten para retroalimentar los errores y fortalecer los conocimientos.
- Conocer las estrategias AIEPI, por medio de la creación de comité institucional según solicitud departamental a fin de mejorar la atención en los menores de edad y prevenir los eventos que afecten a este grupo poblacional.

4. ANALISIS DE FACTORES INTERNOS Y EXTERNOS - DOFA

La actividad inicial en la planeación estratégica es el diagnóstico por medio de una herramienta muy importante: MATRIZ DOFA, a través de esta se pueden conocer las fortalezas y debilidades del Hospital Departamental de Granada E.S.E. y también se pueden identificar las Oportunidades y Amenazas con el fin de tenerlas en cuenta en la planeación.

A continuación se presenta el resultado del análisis interno y externo realizado por el equipo multidisciplinario que compone el comité de calidad de la institución, contando con la participación de integrantes de la Junta Directiva, miembros de la alta dirección, líderes de los procesos, personal asistencial y representantes de los operadores externos.

❖ FACTORES INTERNOS:

FORTALEZAS:

- Amplia oferta de servicios a usuarios de la región.
- Profesionales en salud con experiencia.
- Sistema de costos actualizado para toma de decisiones.
- El patrimonio de la institución no se encuentra comprometido o con alto riesgo frente a los acreedores.
- Los pasivos laborales no alcanzan más de sesenta (60) días.
- La venta de servicios es buena para el nivel de atención

- El personal de la institución es consciente de la situación actual que atraviesa la ESE y está en disposición de apoyar los cambios y acciones necesarias para enfrentar la problemática.
- Los operadores externos presentan alto grado de compromiso para capacitación de personal.
- La institución es el mayor generador de empleo en el sector salud de la región.
- La infraestructura permite modificaciones y ampliaciones para aumentar la capacidad instalada.
- Contratación de personal idóneo para liderar procesos.
- Nombramiento de Gerente con período definido permitiendo estabilidad y liderazgo continuo.
- Ser la única institución de salud de segundo nivel de la región
- Institución con gran trayectoria y centro de referencia de la región.
- Costos bajos en la estructura organizacional por la reducción en su conformación.
- Se cuenta con médicos especialistas disponibles las 24 horas en especialidades quirúrgicas como ortopedia y cirugía.
- El hospital asegura presenciabilidad las 24 horas de especialistas en el área de gineco-obstetricia.
- El porcentaje ocupacional de la institución es del 85% en promedio en el último año

DEBILIDADES:

- Falta de liquidez para óptimo funcionamiento de la entidad
- No se tiene previsto presupuesto de inversión para la vigencia 2017
- Depuración lenta de cartera

- Falta de operatividad de los comités institucionales
- Mobiliario hospitalario insuficiente y en mal estado.
- Pérdida de continuidad en actualización de los procesos.
- Personal no capacitado para servicios de limpieza y desinfección.
- Capacidad instalada insuficiente ante la demanda.
- No se desarrolla el Plan de mantenimiento hospitalario adecuadamente y deterioro progresivo de la planta física.
- Parque automotor de ambulancias obsoleto.
- No hay Infraestructura para aislamiento de pacientes.
- Equipos Biomédicos deteriorados y obsoletos.
- El porcentaje de aumento de los costos para la prestación de los servicios está por encima del porcentaje de incremento real en el recaudo por la venta de servicios
- Los compromisos adquiridos se han efectuado sobre los reconocimientos y no sobre el recaudo efectivo.
- La ESE presenta un alto costo en gastos en contratación con operadores externos.
- Deficiente gestión de seguimiento a respuesta a glosas
- Deficiente gestión en seguimiento y cobro de la cartera por venta de servicios.
- Una cuentas por pagar demasiado altas.
- No se realiza cobro co-activo a obligaciones respaldadas por pagaré hace más de dos años.
- Perdidas en el ejercicio operacional en las vigencias 2014-2015-2016
- El Sistema de Gestión de Calidad perdió continuidad durante el último año.
- Los planes de mejoramiento no se han cumplido por falta de liderazgo en los procesos.
- Falta de seguimiento a los convenios docente- asistencial.
- El personal no es sensible frente a la cultura del autocontrol.

- Los brigadistas no se actualizan, ni se preparan frente a situaciones de emergencia.
- El plan de emergencia no es claro para el personal que labora en la institución.

❖ **FACTORES EXTERNOS:**

OPORTUNIDADES:

- Obligatoriedad de Contratación con la Red pública
- Convenios docencia servicio con universidades
- Políticas y proyectos para innovación y renovación tecnológica por aprovechar
- Única IPS de segundo nivel en la región
- Recursos disponibles para la atención de desmovilizados que pueden captarse por la cercanía a zonas veredales.
- No hay competencia en el mercado local. El Hospital es la única IPS de segundo nivel en el área de influencia del Municipio y la región del Ariari.
- Las EAPB necesitan contratar con el Hospital para obtener tarifas diferenciadas y prestar servicios a sus usuarios.
- Incremento en la atención de parto en los últimos años.
- Aumentar los convenios de docencia de servicio a nivel nacional.
- Proyectos aprobados en plan bienal
- La comunidad de la región está a la expectativa de la gestión de la actual administración.

AMENAZAS:

- Tarifas Bajas en algunos servicios por parte de competidores privados.
- EPS evaden su responsabilidad de pago.
- Riesgo de pérdidas económicas por liquidación o quiebra de EPS.
- Permanente generación de glosas por parte de las diferentes EPS.
- Deficiencias en la atención de primer nivel de los municipios de la región.
- Normatividad laboral cambiante.
- Las políticas del Gobierno Nacional en tema de salud son inequitativas para las IPS del sector público.
- Un sistema de salud en crisis financiera.
- Población flotante que llega sin ningún tipo de aseguramiento a requerir la prestación de servicios.
- La medición y caracterización de riesgos no se toma como herramienta de control y la institución está expuesta a mayores situaciones que la hacen vulnerable.
- Situaciones de emergencia por alteraciones del orden público o desastres naturales.
- Incremento en indicadores de embarazos en adolescentes en la región que conllevan a mayores riesgos para la gestante y su bebé.
- Incremento en indicadores de desnutrición infantil (1-5 años)

5. PLATAFORMA ESTRATEGICA

5.1 MISIÓN

En el Hospital Departamental de Granada E.S.E. prestamos servicios integrales de salud en igualdad de oportunidades para toda la población, caracterizados por una atención segura, humanizada, con equidad y calidad, a través de un equipo multidisciplinario comprometido con la formación académica, buscando contribuir al desarrollo de la comunidad.

5.2 VISIÓN

En el 2020 el Hospital Departamental de Granada ESE será una institución reconocida a nivel regional y Departamental por un modelo en atención en salud líder en Calidad, Humanización, Seguridad al paciente, uso eficiente de recursos y escenario de formación de talento humano.

5.3 PRINCIPIOS CORPORATIVOS

- **Eficiencia:** Las actuaciones y procesos que se desarrollen dentro de la institución procurarán la productividad y el mejor aprovechamiento de los recursos disponibles con miras a la obtención de los mejores resultados posibles.

- **Transparencia:** Es el cumplimiento del quehacer como Entidad Pública de conformidad con los deberes y obligaciones a los que se ha comprometido con la sociedad y la comunidad.
- **Sentido de Pertenencia:** Entendido como el compromiso que se tiene para con la institución en relación con el cumplimiento de tareas, desempeño de funciones, ejecución de procesos y el uso y cuidado adecuado de los recursos de la institución.
- **Eficacia:** Es el grado de cumplimiento con responsabilidad y honestidad de las actividades asignadas y planificadas propias de cada funcionario con relación a los resultados obtenidos.
- **Lealtad:** El término leal es un adjetivo usado para identificar a un individuo fiel en base a acciones y comportamiento.
- **Honestidad:** La Honestidad es un valor ético positivo, que se asocia a la honra y a la transparencia, y que se sitúa en el polo opuesto a la corrupción, la mentira y la falsedad.
- **Responsabilidad:** Es la capacidad de reconocer y aceptar las consecuencias de las decisiones tomadas libremente. Es la obligación moral por cumplir con el deber asignado aportando lo mejor de sí mismo.
- **Tolerancia:** Respetar y aceptar las actitudes y comportamientos individuales, sociales o institucionales, entendiendo las diferentes opiniones y posiciones de cada uno, aun cuando no se compartan.

- **Respeto:** Es el valor fundamental para la convivencia social, respetar es estimar y considerar los derechos propios y de los demás, valorando las cualidades de los otros y el medio que nos rodea.
- **Compromiso:** Deber de participar activamente para el logro de la Misión Institucional de manera constante y responsable, entregando lo mejor de sí mismo.
- **Solidaridad:** Es actuar en unión, sintiendo como propias las causas, intereses y responsabilidades de otros, de manera desinteresada y oportuna, expresando un alto grado de integración, estabilidad interna, adhesión limitada y total a una causa, situación o circunstancia, que implica asumir y compartir por ella beneficios y riesgos.

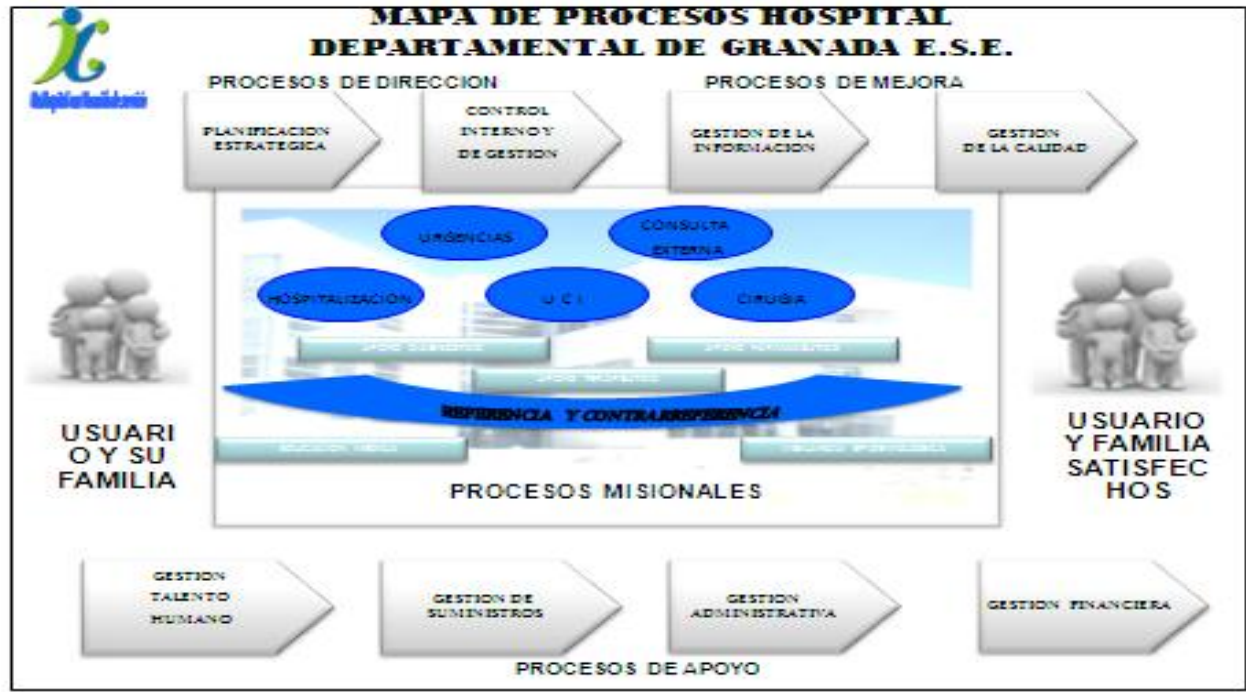
5.4 SLOGAN

“UN HOSPITAL PARA TODOS”

5.5 IMAGEN CORPORATIVA



5.6 MAPA DE PROCESOS



5.7 POLÍTICAS INSTITUCIONALES

✓ POLÍTICA DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

“El Hospital Departamental de Granada E.S.E. se compromete al desarrollo y fortalecimiento del sistema de gestión integral de calidad con énfasis en una atención segura, humanizada y la optimización de los procesos en aras del mejoramiento continuo”.

✓ POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

“El Hospital Departamental de Granada E.S.E. ofrece un entorno seguro para los pacientes, en donde el riesgo de ocurrencia de un evento adverso es minimizado por medio de una cultura institucional proactiva”.

✓ **POLÍTICA DE GESTIÓN DEL RIESGO**

“El Hospital Departamental de Granada E.S.E. se compromete a adoptar mecanismos y acciones necesarias para evitar, reducir, mitigar o asumir cuando se materialice el riesgo, minimizando el impacto de las decisiones y acciones que toma la institución y sus miembros respecto al logro de los objetivos de los procesos y de la organización”.

✓ **POLÍTICA DE GESTIÓN AMBIENTAL**

“El Hospital Departamental de Granada E.S.E. se declara amigo del medio ambiente velando por la protección y preservación ambiental en todos los niveles de la organización, en todos sus programas, proyectos y procesos, a través de la implementación de buenas prácticas ambientales, que eviten, minimicen, controlen y compensen la generación de impactos ambientales negativos, en el marco de la legislación ambiental vigente como derivados de su acción de prestador de servicios de salud”.

✓ **POLÍTICA DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO**

“El Hospital Departamental de Granada E.S.E. se compromete al desarrollo del ser humano que presta sus servicios en la entidad con el fin de conducir al personal a lograr altos estándares de desempeño en la labor que desarrolla la organización, incluyendo las actividades de apoyo a la formación de talento humano en salud”.

✓ **POLÍTICA DE USO RACIONAL DE ANTIBIÓTICOS**

“El Hospital Departamental de Granada E.S.E. implementa medidas que guían el uso prudente, y correcto de los antibióticos, buscando disminuir la aparición de gérmenes multiresistentes, promoviendo una atención en salud

dentro del marco de la seguridad, mediante el uso racional y costo efectivo de los antimicrobianos”.

✓ **POLÍTICA DE HUMANIZACIÓN Y BUEN TRATO**

“El Hospital Departamental de Granada E.S.E. asume el compromiso de implementar una cultura de humanización que promueva un trato cálido, respetuoso, digno y confidencial a usuarios, familia y trabajadores”.

✓ **POLÍTICA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**

“El Hospital Departamental de Granada E.S.E. hace expresa su decisión de fomentar la cultura del autocuidado y seguridad en el trabajo con el fin de proteger la salud y garantizar un ambiente laboral seguro a todo el talento humano, independientemente de su forma de vinculación a la institución, de acuerdo a la normatividad vigente”.

✓ **POLÍTICA ADMINISTRACIÓN DE PUERTAS ABIERTAS**

“El Hospital Departamental de Granada E.S.E. se compromete con la promoción de la participación ciudadana, facilitando la identificación de las necesidades y expectativas del cliente interno, los usuarios, sus familias y/o la comunidad en general para mejorar su satisfacción”.

✓ **POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO**

“El Hospital Departamental de Granada E.S.E. adopta prácticas eficientes para la gestión de riesgos de la/ft que pueden incidir en su actividad y su entorno, consolidando una imagen sólida y transparente frente a los colaboradores, la sociedad y el Estado”.

✓ **POLÍTICA INSTITUCIONAL PARA ACOGER LA ESTRATEGIA
“INSTITUCIONES AMIGAS DE LA MUJER Y LA INFANCIA”**

“El Hospital Departamental de Granada E.S.E. se compromete a fomentar el desarrollo permanente de los diez pasos de la estrategia Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia en busca de mejorar la atención en salud y nutrición, disminuir los niveles de morbilidad materno-infantil, proteger los derechos humanos de los niños y de la mujer, con un enfoque diferencial y perspectiva de género.”

6. EJES PROGRAMATICOS Y PLAN INDICATIVO

Según el análisis del diagnóstico institucional que compone el plan de desarrollo: **“TRANSFORMADO NUESTRO HOSPITAL CON TRANSPARENCIA Y HUMANIZACIÓN”**, se plantea la necesidad de direccionar la institución hacia cuatro ejes fundamentales.

Las estrategias se diseñan con el fin de tomar acciones de mejora frente a las debilidades de la institución, formular planes que reduzcan o minimicen el riesgo frente a las amenazas detectadas, diseñar acciones para aprovechar las oportunidades y potenciar las fortalezas reconocidas en la matriz DOFA.

El propósito de los ejes programáticos y las estrategias es que la entidad cumpla su meta de transformarse hacia esa institución que goce de reconocimiento regional y departamental por un modelo en atención en salud líder en Calidad, Humanización, Seguridad al paciente, uso eficiente de recursos y escenario de formación de talento humano, tal como está plasmado en la visión a 2020.

6.1 EJE 1 - CALIDAD “UNA CULTURA ORGANIZACIONAL”

La responsabilidad Social como E.S.E., enmarca el mejoramiento continuo, logrando cada vez más fortalecer nuestro Sistema de Gestión de Calidad para llegar a ser implementado como Cultura Organizacional.

Para el desarrollo de este primer eje se formulan cuatro estrategias que apuntan a generar confianza en la institución. Se busca que los procesos y procedimientos

estén bajo control permanente y el monitoreo de las actividades permita corregir situaciones que afecten la percepción de calidad que el usuario espera encontrar en la institución.

Las estrategias y acciones que se desarrollarán en los años 2017 a 2020 para este eje son:

ESTRATEGIA	ACCIÓN
Optimizar el Sistema Integral de Gestión de Calidad del Hospital, acorde a los lineamientos del Sistema Obligatorio de Garantía de la calidad	Implementar y evaluar el Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud - PAMEC de acuerdo al Sistema Unico de Acreditación (Res 123 de 2012).
	Garantizar el Sistema Único de Habilitación, realizando autoevaluación de los requisitos de habilitación y reporte de novedades de habilitación según Resolución 1303 de 2014.
	Mantener el SGC en cumplimiento de los requisitos de las Normas GP1000 e ISO9001 y realizar auditoría de seguimiento por parte de ICONTEC
Focalizar la gestión a través del control de los procesos	Realizar Gestión y control eficiente de planes institucionales
	Ejecutar plan de control interno
Ambientes seguros y de calidad	Actualizar y socializar el plan de emergencias
	Implementar plan de manejo ambiental
Elevar la satisfacción de los Usuarios con respecto a la calidad en los procesos de la institución	Mantener la Satisfacción del Usuario por encima del 90%.
	Ejecutar plan de orientación al usuario sobre el cumplimiento de sus deberes y derechos.
	Brindar respuesta oportuna a las Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias de los usuarios y comunidad en general.

6.2 EJE 2 - EL SER HUMANO: CORAZÓN DE LA INSTITUCIÓN

Generar y mantener el compromiso del Hospital Departamental de Granada ESE con la política de Humanización y Buen trato a través de la sensibilización y formación a servidores y usuarios.

El segundo eje busca fortalecer un componente fundamental para el cumplimiento de la visión 2020, se formulan tres estrategias dirigidas a la humanización de los servicios de salud, priorizando la atención de la mujer y el niño como actores primordiales en la atención en salud.

ESTRATEGIA	ACCIÓN
Generar cultura de humanización y buen trato	Elaborar y ejecutar cronograma de actividades dirigidas a incentivar cultura de humanización y buen trato en los miembros de la institución.
Direccionar la institución a brindar condiciones dignas y de calidad en la atención de la mujer y la infancia	Implementar política IAMI (según resolución 104 de 2006 del Hospital departamental de Granada)
Fortalecer el Talento Humano con competencia, motivación y compromiso social, mediante procesos de formación, capacitación, bienestar e incentivos.	Verificar que todo el personal que labora en la institución se capacite y se evalúe con el fin de identificar y mejorar la adherencia a los procesos
	Implementar programa de salud y seguridad en el trabajo
	Mejorar el clima organizacional

6.3 EJE 3 - AUSTERIDAD, TRANSPARENCIA Y CONTROL DEL GASTO: VERTICE DE UN HOSPITAL AUTOSOSTENIBLE

Establecer políticas y estrategias que permitan asegurar la prestación de servicios de salud con Calidad, basado en el equilibrio financiero, desarrollo y rentabilidad institucional (económica y social).

Teniendo en cuenta la difícil situación del sector salud en el país y la necesidad de incrementar esfuerzos en la austeridad y control del gasto, se plantean cuatro estrategias que brindarán estabilidad económica a la institución permitiendo un funcionamiento normal y el cumplimiento de la función social para la cual fue creado el Hospital Departamental de Granada.

ESTRATEGIA	ACCIÓN
Fortalecer la gestión del recurso financiero y patrimonial	Realizar análisis de indicadores, como instrumento adicional que permita evaluar el comportamiento financiero de la institución.
	Mejorar el recaudo efectivo de cartera
	Incrementar los ingresos por venta de servicios de salud.
	Realizar Programa de Gestión integral del riesgo.
Fortalecimiento jurídico	Gestión eficiente del componente jurídico de la institución
Priorización de la Información	Implementación de Programa de Gestión Documental
	Implementar Plan de Comunicaciones
Preservar los recursos físicos y la infraestructura de la Institución	Gestionar la renovación de equipos biomédicos deteriorados y obsoletos
	Gestionar proyectos de inversión en infraestructura
	Suministro eficiente de insumos requeridos para garantizar un normal funcionamiento de la institución

6.4 EJE 4 - EL PACIENTE: NUESTRA ESENCIA

Garantizar una atención segura y pertinente en el desarrollo de la gestión clínica, en coherencia con aspectos fundamentales de gran importancia como: efectividad, eficacia y eficiencia.

Este último eje se formuló con cinco estrategias que buscan brindar una atención clínica de calidad, digna, responsable y segura a cada uno de los usuarios que ingresan a la institución.

ESTRATEGIA	ACCIÓN
Trabajar por la prestación del servicio con enfoque hacia la seguridad del paciente.	Medir adherencia a guías y protocolos de la institución
	Programar día académico con el fin de capacitar y fomentar el desarrollo científico de la institución
Supervisión de productividad	Medición de la productividad y ocupación de la institución
	Aumentar un 40% la utilización de los quirófanos
Aumentar capacidad instalada	Gestionar habilitación de 4 camas para UNIDAD de CUIDADOS INTERMEDIOS ADULTOS
Liderar convenios docente - asistenciales	Cumplir con la normatividad vigente para la realización de convenios docente - asistenciales
Generar cultura de seguridad del paciente	Optimizar el cumplimiento del programa de seguridad del Paciente en la Institución

7. PLAN DE ACCION 2017

Las acciones contempladas en cada una de las estrategias que componen el plan de desarrollo 2017-2020 se medirán anualmente a través del cumplimiento de actividades.

El plan de acción recopila las actividades específicas que se desarrollarán en la vigencia y es una herramienta de control permite fortalecer el esquema de pensamiento gerencial, producto de la recopilación de herramientas y metodologías tendientes a mantener altos estándares en los procesos de atención; de esta manera, se busca el mejoramiento continuo de los procesos clínicos - administrativos, adaptados mediante el uso de esquemas gerenciales utilizados para mejorar el nivel de la institución.

La matriz PLAN DE ACCIÓN 2017 se encuentra en el **ANEXO 1** del presente documento.

8. BIBLIOGRAFIA

Constitución Política de Colombia. 1991, Bogotá Colombia.

Sistema General de Seguridad Social en Salud. Ley 100 de 1993, Ley 1122 de 2007, Ley 1438 de 2011.

Ley 9 de 1979. Por el cual se dictan medidas sanitarias

Ley 10 de 1990. Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones.

Decreto 1876 De 1994. Por el cual se reglamentan los artículos 96, 97 y 98 del Decreto Ley 1298 de 1994 en lo relacionado con las Empresas Sociales del Estado.

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

Decreto 1757 de 1994. Por el cual se organiza y se establece las modalidades y formas de participación social en la prestación de servicios de salud, conforme a lo dispuesto en el numeral 1 del artículo 4 del Decreto-ley 1298 de 1994.

Ley 190 De 1995. Por la cual se dictan normas tendientes a preservar la moralidad en la administración pública y se fijan disposiciones con el fin de erradicar la corrupción administrativa.

Decreto 139 de 1996. Por el cual se establecen los requisitos y funciones para los Gerentes de Empresas Sociales del Estado y Directores de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del sector público y se adiciona el Decreto número 1335 de 1990.

Decreto 800 De 2008. Por el cual se reglamenta parcialmente el artículo 28 de la Ley 1122 de 2007.

Decreto 357 de 2008. Por medio del cual se reglamenta la evaluación y reelección de Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial.

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

Ordenanza No.776 de 2012. Por medio de la cual se adopta plan de Desarrollo Económico y Social del departamento del Meta para el período 2012-2015.

Acuerdo No. 172 del 28 de mayo 2012. Por medio del cual se aprueba el Plan de Gestión del Hospital Departamental de Granada E.S.E. período 2012 -2015.

Resolución No. 108 del 17 de Marzo de 2011. Por medio de la cual se adopta el Sistema de Gestión de Calidad, Manual de Calidad, Mapa de procesos, caracterizaciones, Macro procesos, procesos, procedimientos, guías, formatos, protocolos, instructivos, manuales, guías de enfermería, guías de práctica clínica, nomogramas, indicadores de Gestión, políticas institucionales del Hospital Departamental de Granada E.S.E.

Resolución No. 047 del 20 de Febrero de 2012. Por medio de la cual se adopta la Política de Humanización y buen trato del Hospital Departamental de Granada E.S.E.