

PLAN DE GESTIÓN 2016 – 2019

**Presentado por la Gerente
Dra. MÓNICA MARÍA DELGADO PINILLOS
Bajo los lineamientos de la Resolución 743 de 2013
del Ministerio de la Protección Social**

**Granada, Meta
Noviembre de 2016**

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
1. PRESENTACIÓN PLAN DE GESTIÓN	3
2. OBJETIVO DEL PLAN DE GESTIÓN	5
3. DIAGNÓSTICO INICIAL	6
3.1 ÁREA DE GESTIÓN DIRECCIÓN Y GERENCIA	12
3.1.1. Descripción de la empresa	12
3.1.1.1. Reseña histórica	12
3.1.1.2. Capacidad instalada de recurso humano	13
3.1.1.3. Productividad	14
3.1.1.4. Cobertura	14
3.1.1.5. Filosofía empresarial (plataforma estratégica)	15
3.2 ÁREA DE GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA	15
3.3 ÁREA DE GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL	17
3.3.1. Comités interdisciplinarios	17
4. LINEAMIENTOS GENERALES DEL PLAN DE GESTIÓN	18
4.1 ÁREA DE GESTIÓN DIRECCION Y GERENCIA	40
4.2 ÁREA DE GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA	40
4.3 ÁREA DE GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL	41
BIBLIOGRAFIA	42

1. PRESENTACIÓN PLAN DE GESTIÓN

A continuación se presenta el Plan de Gestión 2016 – 2019 como herramienta indispensable para liderar la Institución y continuar evolucionando de manera positiva, buscando siempre alcanzar la excelencia en la prestación del servicio.

Este documento da cumplimiento a la Normatividad que aplica a los hospitales de acuerdo al nivel de complejidad que para el nuestro es de mediana complejidad (II Nivel) y cumple estrictamente lo establecido en el artículo 2 del Decreto Ley 4107 de 2011 y los artículos 72 y 74 de la Ley 1438 de 2011, el Decreto 357 de 2008 y la Resolución 743 de 2013 las cuales normalizan la elaboración, presentación y evaluación de los Planes de Gestión de los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado.

De acuerdo a dicha normatividad se desarrollan tres grandes áreas de las que se desprenden los indicadores exigibles por el Ministerio de Salud, los cuales estamos comprometidos a cumplir en metas cada vez más exigentes que nos permitirán mantener los mejores estándares institucionales.

Cabe resaltar que este documento que se presenta a continuación, es complementado por el **Plan de Desarrollo Institucional**, el cual despliega otros componentes que al unirse al Plan de Gestión permitirán incrementar el nivel de la Institución como una entidad líder prestadora de servicios de salud y socialmente responsable por la comunidad del área de influencia.

Para el cumplimiento de algunos indicadores dependemos de factores externos, como el flujo de recursos que actualmente no permite la liquidez en los hospitales, situación que el sistema actual en salud no se ha podido superar y afecta directamente los indicadores financieros y presupuestales. Aun así estamos dispuestos a evaluarnos permanentemente para que

nuestros compromisos no superen nuestros ingresos y poder mantener equilibrio financiero sin sacrificar la calidad ni nuestro portafolio y cumplir de esta manera nuestro compromiso social.

NOTA: Los valores y datos utilizados como base para la realización de este documento fueron tomados del informe de gestión 2015 y el reporte anual del mismo año de los indicadores entregados al departamento de calidad de la institución.

2. OBJETIVO

Elaborar y diseñar un documento macro que delimite y dimensione el campo de acción y las líneas de trabajo de la gerencia para el periodo 2016 – 2019, el cual se complementa con el Plan de Desarrollo Institucional 2016 – 2019 (que se encuentra en construcción), este plan servirá de referente institucional permitiendo mejorar y fortalecer la gestión de la entidad, dirigiéndola hacia la sostenibilidad futura y el crecimiento de la Empresa.

3. DIAGNÓSTICO INICIAL

El Hospital Departamental de Granada es una institución prestadora de servicios de salud de mediana complejidad perteneciente a la red pública hospitalaria del Departamento del Meta, identificada con el **NIT No: 800.037.021-7**, domiciliada en el municipio de Granada- Meta y ubicado en estas instalaciones desde el mes de septiembre de 2009 en la Calle 15 entre carrera 2 y 4 Barrio Villa Olímpica, Teléfono 6500505-6500515-6500535

El diagnóstico inicial esta abordado desde tres áreas:

❖ **Área de Gestión Dirección y Gerencia:**

En esta área se incluye el análisis de aspectos de direccionamiento estratégico, involucrando de manera especial el Sistema Integral de Gestión de la Calidad que trata el Decreto 1011 de 2006 y la Resolución 123 de 2012. La implementación del Programa de Auditoria para el Mejoramiento Continuo de la Calidad PAMEC y el avance representado en la mejora continua en la prestación del servicio y la satisfacción de los Usuarios y su familia. Además la gestión en la ejecución de los Planes estratégicos (Plan de Desarrollo Institucional, Planes Operativos Anuales).

❖ **Área de Gestión Financiera y Administrativa:**

Se Refleja el comportamiento de la evolución del gasto por unidad de valor relativo producida, riesgo fiscal, comportamiento del monto de la deuda por concepto de salarios, utilización de información de Registro Individual de prestaciones RIPS, resultado del equilibrio presupuestal con recaudo y la oportunidad en la entrega del reporte a la Superintendencia Nacional de Salud y el cumplimiento al Decreto 2193 de 2004.

❖ **Área de gestión clínica o asistencial:**

Se hace pertinente la revisión y ajuste e implementación estricta a las Guías de Práctica clínica Médica, fortalecimiento a la Política de Seguridad del paciente, lo que permitirá minimizar los riesgos en la prestación del servicio.

Tabla 1. Diagnóstico Inicial (LINEA BASE)

Área de Gestión	No.	Indicador	Formula del indicador	Estándar para cada año	Línea de Base (Resultado del Indicador al momento de evaluar el plan)
Gestión de Dirección y Gerencia 20%	1	Mejoramiento continuo de la calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	Promedio de autoevaluación en la vigencia evaluada / promedio de la calificación de autoevaluación en la vigencia anterior	≥ 1.20 ; Acreditación en la vigencia evaluada; Postulación para la acreditación formalizada con contrato	0.59
	2	Efectividad en la Auditoria para el Mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud.	Número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorias / Total de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivada de los planes de mejora del componente de auditoria registrados en el PAMEC	≥ 0.90	0.91
	3	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo institucional	Número de metas del Plan Operativo Anual cumplidas / Número de metas del plan operativo anual programadas	≥ 0.90	0.91

Área de Gestión	No.	Indicador	Formula del indicador	Estándar para cada año	Línea de Base (Resultado del Indicador al momento de evaluar el plan)
Gestión Financiera y Administrativa 40%	4	Riesgo financiero y fiscal	Adopción del programa de saneamiento fiscal y financiero	Adopción del programa de saneamiento fiscal y financiero	Categorización Riesgo Bajo (No Obligado a Aplicar PSFF)
	5	Evolución del gasto por unidad de valor relativo	(Gasto de funcionamiento y operación comercial comprometido en la vigencia actual / Número de UVR producidas en la vigencia) / (Gasto de funcionamiento y operación comercial comprometido en la vigencia anterior / Número de UVR producidas en la vigencia anterior)	≤ 0.90	1.17
	6	Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquirido mediante los siguientes mecanismos: 1. Compras conjuntas. 2. Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado. 3. Compra a través de mecanismos electrónicos	Valor total adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico realizadas mediante uno de los tres mecanismos / Valor total de adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico	≥ 0.70	0

7	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior	Valor de la deuda superior a 30 días por conceptos de salarios de personal de planta, externalización de servicios con corte a 31 de dic. De la vig. Objeto de la evaluación (valor de la deuda superior a 30 días por conceptos de salarios de personal de planta y por concepto de contratación de servicios con corte a 31 de dic. De la vig. anterior de los valores constantes)	Cero (0) ó variación negativa	0
8	Utilización de información de Registro individual de prestaciones RIPS.	Número de informes del análisis de la prestación de servicios de la E.S.E. a la junta directiva con base en RIPS a la vigencia.	4	4
9	Resultado Equilibrio Presupuestal con recaudo	Valor de la ejecución de los ingresos totales recaudados en la vigencia (incluye recaudos de cxc de vigencias anteriores)/Valor de la ejecución de gastos comprometidos incluyendo cuentas por pagar de vigencias anteriores	≥ 1.00	0.67
10	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya.	Cumplimiento oportuno de los informes en término de la normatividad vigente	Cumplimiento dentro de los términos previstos	SI

	11	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya.	Cumplimiento oportuno de los informes en término de la normatividad vigente	Cumplimiento dentro de los términos previstos	SI
--	----	--	---	---	----

Área de Gestión	No.	Indicador	Formula del indicador	Estándar para cada año	Línea de Base (Resultado del Indicador al momento de evaluar el plan)
Gestión Clínica o Asistencial 40%	12	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Hemorragia del III trimestre y trastornos hipertensivos en la gestación.	# H.C. Auditadas con aplicación estricta de la guía de manejo / Total de H.C. Auditadas	≥ 0.80	0.83
	13	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida.	# H.C. Auditadas con aplicación estricta de la guía de manejo / Total de H.C. Auditadas	≥ 0.80	0.85
	14	Oportunidad en la realización de Apendicetomía	# Pacientes con diagnóstico de Apendicitis a quienes se les realizó apendicetomía dentro de las primeras seis horas de confirmado el diagnóstico / Total de pacientes con diagnóstico de apendicetomía al egreso	≥ 0.90	0.96
	15	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual	# Pacientes pediátricos con este diagnóstico en la actual vigencia / # Pacientes pediátricos con este diagnóstico en la vigencia anterior	Cero (0) ó variación negativa	0

16	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo de Miocardio (IAM)	# Pacientes con este diagnóstico a quienes se les inicio terapia específica dentro de la primer hora / Total de pacientes con este diagnóstico al egreso	≥ 0.90	0.94
17	Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria	# Casos de mortalidad intrahospitalaria mayor de 48 horas revisadas en el comité respectivo / Total de defunciones intrahospitalarias mayores de 48 horas	≥ 0.90	1
18	Oportunidad en la atención de consulta de pediatría	Sumatoria de día entre la fecha de solicitud de la cita de esta especialidad y la fecha para la cual es asignada / Número total de consultas de esta especialidad	≤ 5	4
19	Oportunidad en la atención gineco-obstétrica	Sumatoria de día entre la fecha de solicitud de la cita de esta especialidad y la fecha para la cual es asignada / Número total de consultas de esta especialidad	≤ 8	9
20	Oportunidad en la atención de medicina interna	Sumatoria de día entre la fecha de solicitud de la cita de esta especialidad y la fecha para la cual es asignada / Número total de consultas de esta especialidad	≤ 15	13

3.1 ÁREA DE GESTIÓN DIRECCIÓN Y GERENCIA

3.1.1. DESCRIPCION DE LA EMPRESA

3.1.1.1. Reseña Histórica. 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 por mandato del gobierno departamental de entonces. 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, Uribe 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 posteriormente los criterios señalados en 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, presupuestal y representación legal propia.

Desde entonces el Hospital funciona como una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) de mediana complejidad dentro de los marcos técnicos y legales que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud según las definiciones contenidas en la Constitución Política de 1991

y la ley 100 de 1993. Dentro de este esquema se destaca el hecho de que los hospitales adquieren una estructura empresarial, lo que implica la necesidad de implementar las acciones necesarias para asegurar su viabilidad y su sostenibilidad financiera además de la rentabilidad social que implica la definición de la salud como un derecho público esencial sujeto a los postulados del Estado Social de Derecho.

3.1.1.2. Capacidad instalada en recurso humano.

Tabla 2. Recurso Humano – Especialistas

ESPECIALIDAD	CANTIDAD DE PROFESIONALES
CIRUGÍA GENERAL	2
PEDIATRÍA	2
GINECOLOGÍA	4
MEDICINA INTERNA	2
OFTALMOLOGÍA	2
NEUROCIRUGÍA	3
ANESTESIOLOGÍA	4
MEDICINA GENERAL	74
SIQUIATRÍA	1
ORTOPEDIA	2
UROLOGÍA	1
CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA	1
TERAPIA RESPIRATORIA	2
FISIOTERAPIA	3
SICOLOGÍA	1
BACTERIÓLOGOS	9
RADIÓLOGOS	1
TECNÓLOGOS RAYOS X	6
NEONATOLOGÍA	2
PEDIATRÍA UCIN	3

3.1.1.3. Productividad.

Tabla 3. Resultados de productividad años anteriores.

SERVICIO	2014	2015
1. Consultas de medicina General electivas realizadas	2.235	1.191
2. Consultas de medicina general urgentes realizadas	45.333	46.044
3. Consultas de medicina especializada	34.276	32.875
4. Consultas de medicina urgentes especializada	13.062	12.034
5. Otras Consultas electivas realizadas (Psicología, Nutricionista, optometría, fonoaudiología y otras)	4.152	4.338
6. Total de partos vaginales atendidos	1.452	1.735
7. Total de partos por cesárea atendidos	733	813
8. Total de cirugías realizadas	7.704	9.232
9. Número de imágenes diagnósticas tomadas	55.248	54.304
10. Total exámenes de laboratorio clínico	206.325	214.847
11. Numero de sesiones de T. respiratoria realizadas	5.538	13.490
12. Numero de sesiones de T. físicas realizadas	10.498	9.177

3.1.1.4. Cobertura. La cobertura que ofrece la Institución se ha ampliado a nivel regional, teniendo en cuenta que al municipio de Granada se le considera la capital 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, Uribe, San Juan de Arama, Castilla la Nueva, Cubarral, El Castillo, El Dorado.

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 visualizado la imperiosa necesidad de crecer para garantizar a los potenciales clientes de la región, la accesibilidad, oportunidad y continuidad de los servicios de salud.

3.1.1.5. Filosofía empresarial (Plataforma Estratégica). La plataforma estratégica que será implementada en la institución se encuentra en construcción y está pendiente de socialización.

3.2.ÁREA DE GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA

Desde el punto de vista financiero el hospital es aun hoy en día una entidad auto sostenible, a pesar de mostrar en los últimos años unos niveles importantes de variabilidad que reflejan una tendencia a la disminución de la rentabilidad, situación que ha sido aliviada con los recursos obtenidos de ganancias operativas como resultado de la recuperación de cartera y el desarrollo del sistema de costos, sin embargo es prioritario tomar acciones para lograr la minimización de costos y optimización de los servicios.

El activo corriente de mayor peso, son las cuentas por cobrar por venta de servicios de salud y a pesar de que se ha recuperado un porcentaje importante de cartera, continua la morosidad de las EPS principalmente del régimen subsidiado.

Para la recuperación de cartera se cuenta con Auditores de Cuentas, un Profesional universitario y un abogado; para realizar funciones exclusivas de gestión de cartera, que facilitan realizar acciones relacionadas con cobros pre jurídicos, jurídicos, conciliaciones y demás actividades relacionadas que contribuyen a la solución oportuna de gestión recursos de cartera, ante la Superintendencia de Salud, el Ministerio y los estados judiciales

El Hospital Departamental de Granada E.S.E. muestra claramente una disminución en la venta de servicios que se ve reflejada en la facturación, debido a dificultades en los procesos de contratación, cierre de especialidades y la problemática que actualmente atraviesa el sector salud.

Dentro de los pasivos la cuenta más representativa la constituye las Cuentas por Pagar las cuales corresponde a las obligaciones contraídas con terceros por la compra de bienes y prestación de servicios necesarios el desarrollo del objeto social del Hospital, las cuales crecieron notoriamente en el último año por ello debe continuarse con las políticas de austeridad del gasto público.

La situación presupuestal (reconocimientos frente a los compromisos) de las vigencias anteriores, presentan un comportamiento neutro producto de la disminución en la venta de servicios, falta de ampliación y fortalecimiento del portafolio que ofrecemos en la institución y por consiguiente el eficiente manejo de los recursos aunque le ha permitido atender requerimientos prioritarios en cuanto a personal asistencial y de apoyo logístico en los diferentes servicios para satisfacer el normal funcionamiento de la institución.

El sistema de costos realiza costeo mensual general siguiendo las instrucciones del Ministerio de la Protección Social.

Se tiene implementado un sistema de costos (sistema ABC: método directo) que ejecuta costeo por centro de costos, que fácilmente puede identificar la productividad y rentabilidad de cada área y su comportamiento financiero, como herramienta fundamental para la toma de decisiones.

3.3. ÁREA DE GESTION CLINICA O ASISTENCIAL

El hospital Departamental de Granada E.S.E. cuenta con una subgerencia asistencial encargada del cumplimiento de las políticas, procesos, protocolos, guías adoptadas e implementadas en la Institución lo cual permite hacer más seguras las prácticas clínicas y generar menos riesgos en la prestación del servicio.

3.3.1. Comités interdisciplinarios. La Institución tiene conformados 22 comités interdisciplinarios adoptados por actos administrativos, que tienen como objetivo Planear, controlar y evaluar, conjuntamente la prestación de los servicios asistenciales y establecer acciones de mejora en cuanto a las personas y procedimientos utilizados en la institución, actualmente están inactivos seis.

Cada uno de los comités cumple con su objetivo para lo que están dispuestos, ahora para el caso de los indicadores dispuestos en la Resolución 710 de 2012 se hace necesario establecer estrategias que permitan dar cumplimiento a las metas propuestas, ya que las diez primeras causas de morbilidad de la institución y que de ahí se deriva la elaboración, adopción e implementación de las guías de práctica clínica en cumplimiento de la Resolución 2003 de 2014 en estas no se relacionan los diagnósticos que dispone los indicadores a trabajar en el presente plan de gestión.

Para cada indicador dispuesto se tiene previsto un plan de acción y los responsables de la implementación y seguimiento.

4. LINEAMIENTOS GENERALES DEL PLAN DE GESTION

El Hospital Departamental de Granada E.S.E. presenta como plan de Gestión las metas que se traza a partir de los estándares mínimos a alcanzar en los 20 indicadores que le corresponden como institución de mediana complejidad.

La evaluación de dichas metas se hará año a año iniciando en la vigencia 2017 teniendo en cuenta lo expuesto en la Resolución 743 de 2013 – Artículo 3: *“Si el Director o gerente no se desempeñó en la totalidad de la vigencia a que refiere este artículo, no se realizará evaluación del plan de gestión respecto de dicha vigencia”*.

ÁREA DE GESTIÓN	GESTIÓN DE DIRECCIÓN Y GERENCIA	
INDICADOR No 1	Mejoramiento continuo de la calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	
ESTÁNDAR PARA CADA AÑO	≥ 1.20; Acreditación en la vigencia evaluada; Postulación para la acreditación formalizada con contrato	
METAS ANUALES		
2017	2018	2019
≥ 1.20	≥ 1.20	≥ 1.20

COMPROMISOS PLANTEADOS:

Mantener el Sistema Integral de Gestión de la Calidad demostrando la mejora continua y la Satisfacción de los Usuarios y su familia; retomando la continuidad en los ciclos de preparación para la acreditación.

ACTIVIDADES GENERALES A DESARROLLAR:

- ✓ Seguir los procedimientos establecidos dentro del Manual de Calidad.
- ✓ Realizar diagnóstico con el equipo de calidad de los avances en el cumplimiento de los estándares de calidad.
- ✓ Diseñar y Ejecutar los Planes de Acción por cada proceso.
- ✓ Utilizar las herramientas de control que se han desarrollado (Instrucciones de Trabajo, Muestras, Poka yokes, Moldes/ Plantillas, etc.)
- ✓ Trabajar en las Acciones Correctivas y Preventivas, así como en las Oportunidades de Mejora.
- ✓ Entrenar adecuadamente a todo el personal que afecte directamente a la calidad del producto y que se realice en el tiempo establecido.

ÁREA DE GESTIÓN	GESTIÓN DE DIRECCIÓN Y GERENCIA	
INDICADOR No 2	Efectividad en la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud	
ESTÁNDAR PARA CADA AÑO	≥ 0.90	
METAS ANUALES		
2017	2018	2019
≥ 0.90	≥ 0.90	≥ 0.90

COMPROMISOS PLANTEADOS:

Cumplimiento al Programa de Auditoria para el Mejoramiento Continuo de la Calidad establecido anualmente.

ACTIVIDADES GENERALES A DESARROLLAR:

- ✓ Realizar la autoevaluación como diagnostico básico para identificar los problemas o fallas de calidad que afectan las ESE.
- ✓ Priorizar procesos para su futura intervención a fin de corregir las desviaciones presentadas de acuerdo con la calidad esperada.
- ✓ Establecer el plan de acción y/o plan de mejoramiento para los procesos seleccionados.
- ✓ Ejercer las acciones de evaluación del mejoramiento y seguimiento con el Comité de calidad.
- ✓ Implementar la toma de decisiones definitivas, retroalimentación y estandarización de mejora en los procesos.

ÁREA DE GESTIÓN	GESTIÓN DE DIRECCIÓN Y GERENCIA	
INDICADOR No 3	Gestión de ejecución del plan de desarrollo institucional	
ESTÁNDAR PARA CADA AÑO	≥ 0.90	
METAS ANUALES		
2017	2018	2019
≥ 0.90	≥ 0.90	≥ 0.90

COMPROMISOS PLANTEADOS:

Elaborar y presentar para aprobación de la Junta Directiva de la ESE EL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2016-2019 que tiene como objetivo brindar las directrices para consolidar un modelo de atención basado en los principios y objetivos definidos en el Plan de desarrollo y el Plan departamental de salud.

ACTIVIDADES GENERALES A DESARROLLAR:

- ✓ En sesiones con el equipo de trabajo se efectuará el análisis DOFA y se consolidará los instrumentos en la definición de los objetivos estratégicos corporativos que constituyen el Norte de la acción del Hospital para alcanzar las metas establecidas en el plan.
- ✓ Presentar a aprobación de la Honorable Junta Directiva de la ESE el PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL para su aprobación.
- ✓ Ejecutar el plan de desarrollo conforme a lo establecido.
- ✓ Implementar los ajustes que corresponda dentro del proceso de evaluación.

ÁREA DE GESTIÓN	GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA	
INDICADOR No 4	Riesgo Financiero y Fiscal	
ESTÁNDAR PARA CADA AÑO	Adopción del programa de saneamiento fiscal y financiero	
METAS ANUALES		
2017	2018	2019
Categorización Riesgo Bajo (No Obligado a Aplicar PSFF)	Categorización Riesgo Bajo (No Obligado a Aplicar PSFF)	Categorización Riesgo Bajo (No Obligado a Aplicar PSFF)

COMPROMISOS PLANTEADOS:

Buscar mecanismos que permitan a la institución mejorar la categorización del riesgo fiscal y financiero que califica el Ministerio de Salud de la Protección Social

NOTA: Mediante Resolución 2184 de 2016 el Ministerio de salud y protección social efectuó la categorización del Riesgo para las Empresas Sociales del Estado 2016, la cual en su anexo Técnico Nro. 1 definió a la ESE HOSPITAL DE GRANADA en **RIESGO BAJO**. Independientemente de la clasificación del Riesgo la Administración de la ESE se compromete a realizar un PROGRAMA DE SANEAMIENTO FISCAL Y FINANCIERO con el fin de utilizar esta herramienta de gestión de manera preventiva para minimizar los riesgos en la institución. Se entiende por Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero, un programa integral, institucional, financiero y administrativo que cubra la entidad territorial y que tenga por objeto restablecer la solidez económica y financiera de la misma mediante la adopción de medidas de reorganización administrativa, racionalización del gasto, reestructuración de la deuda, saneamiento de pasivos y fortalecimiento de los ingresos.

ACTIVIDADES GENERALES A DESARROLLAR:

- ✓ Incrementar el recaudo de los ingresos a través de gestión efectiva de cartera con las EAPB, implementar un sistema de auditoria basado en la prevención y la concurrencia con el fin de asegurar una radicación de facturas con calidad, igualmente adelantar una gestión permanente con las diferentes aseguradoras para garantizar el flujo de recursos hacia la institución.
- ✓ Disminuir y racionalizar el gasto mediante un ajuste en los gastos de funcionamiento, revisión y ajuste en el proceso de compras (proveedores, precios, insumos administrativos, insumos asistenciales, contratos de mantenimiento etc.).
- ✓ Generar ahorro corriente, mayores ingresos frente a menores gastos de funcionamiento mediante la implementación de una política de minimización del gasto, optimizando los recursos disponibles para hacerlos más productivos y reestructurando procesos que al evaluar la relación costo-beneficio resulten onerosos para la institución.
- ✓ Realizar el saneamiento de pasivos exigibles, implementar acciones mediante las cuales se amortice las obligaciones existentes de vigencias anteriores y las fuentes de recursos con las que serán atendidas.
- ✓ Fortalecer la gestión institucional, definiendo las acciones que permitan enfocar las tareas de la ESE en función de las competencias constitucionales y legales que deba cumplir y ello puede implicar la redefinición de los procesos y los procedimientos, así como de los insumos físicos y humanos que no contribuyen a este objetivo.

ÁREA DE GESTIÓN	GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA	
INDICADOR No 5	Evolución del gasto por unidad de valor relativo	
ESTÁNDAR PARA CADA AÑO	≤ 0.90	
METAS ANUALES		
2017	2018	2019
≤ 0.90	≤ 0.90	≤ 0.90

COMPROMISOS PLANTEADOS:

Mejorar el comportamiento presupuestal de gastos frente a las Unidades de Valor Relativo (UVR) producidas.

ACTIVIDADES GENERALES A DESARROLLAR:

- ✓ Identificar los conceptos del indicativo que contengan las unidades de valor relativo más representativas.
- ✓ Racionalización del gasto y minimización de costos hospitalarios de la institución.
- ✓ Seguimiento mensual a la producción por servicios
- ✓ Revisar la facturación de los servicios prestados
- ✓ Revisar la capacidad instalada vs la producción.

ÁREA DE GESTIÓN	GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA	
INDICADOR No 6	Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquirido mediante los siguientes mecanismos: 1. Compras conjuntas. 2. Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado. 3. Compra a través de mecanismos electrónicos	
ESTÁNDAR PARA CADA AÑO	≥ 0.70	
METAS ANUALES		
2017	2018	2019
≥ 0.70	≥ 0.70	≥ 0.70

COMPROMISOS PLANTEADOS:

Buscar la oferta en el mercado de proveedores que cuenten con medicamentos y material médico quirúrgico ajustado al nivel de complejidad de la institución bajo la premisa de calidad y precio.

ACTIVIDADES GENERALES A DESARROLLAR:

- ✓ Explorar oportunidades para acceder a compras conjuntas con otras ESES de la Región y/o el Departamento.
- ✓ Buscar la opción de implementar sistema de compra a través de mecanismos electrónicos.

ÁREA DE GESTIÓN	GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA	
INDICADOR No 7	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior	
ESTÁNDAR PARA CADA AÑO	Cero (0) ó variación negativa	
METAS ANUALES		
2017	2018	2019
Cero (0) ó variación negativa	Cero (0) ó variación negativa	Cero (0) ó variación negativa

COMPROMISOS PLANTEADOS:

Establecer como prioridad para la institución el pago de las obligaciones laborales y los conceptos contratados con operadores externos buscando la satisfacción de los colaboradores a través del pago oportuno de sus salarios.

ACTIVIDADES GENERALES A DESARROLLAR:

- ✓ Priorizar el pago por concepto de salario y procesos contratados con operadores externos, con el objetivo de no superar los 30 días de generada la obligación.

ÁREA DE GESTIÓN	GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA	
INDICADOR No 8	Utilización de información de Registro individual de prestaciones RIPS.	
ESTÁNDAR PARA CADA AÑO	4 Informes	
METAS ANUALES		
2017	2018	2019
4 Informes	4 Informes	4 Informes

COMPROMISOS PLANTEADOS:

Desarrollar un procedimiento que permita analizar los contenidos del RIPS, para dar cumplimiento a lo requerido por el indicador y sea presentado a la Junta Directiva.

ACTIVIDADES GENERALES A DESARROLLAR:

- ✓ Consolidar y analizar periódicamente los RIPS con el propósito obtener información para la toma de decisiones institucional.
- ✓ Presentar cuatro (4) informes / año a la Junta Directiva.
- ✓ Realizar acciones de mejoramiento de acuerdo a los hallazgos encontrados en el análisis de los RIPS.

ÁREA DE GESTIÓN	GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA	
INDICADOR No 9	Resultado Equilibrio Presupuestal con recaudo	
ESTÁNDAR PARA CADA AÑO	≥ 1.00	
METAS ANUALES		
2017	2018	2019
≥ 1.00	≥ 1.00	≥ 1.00

COMPROMISOS PLANTEADOS:

Mejorar la gestión de ingresos de operaciones efectivas de la institución con el fin de evitar un déficit presupuestal o el desfinanciamiento institucional.

ACTIVIDADES GENERALES A DESARROLLAR:

- ✓ Realizar evaluación trimestral de gestión financiera teniendo en cuenta un análisis de indicadores financieros como instrumento adicional para preservar la sostenibilidad de la institución.
- ✓ Mejorar la eficacia en el recaudo de cartera.
- ✓ Radicación de cuentas en los términos previstos (primeros cinco días)
- ✓ Cumplir con la respuesta a glosas conforme a los plazos establecidos en la norma.
- ✓ Conciliaciones de glosa de la vigencia actual y vigencias anteriores.
- ✓ Agilizar el cobro pre jurídico y jurídico a las EAPB que tiene cartera morosa (mayor a 180 días) y de difícil cobro.
- ✓ Reporte de EAPB al boletín de deudores morosos del Estado.
- ✓ Asistir a las mesas de saneamiento contable de la circular 030 de 2013.

ÁREA DE GESTIÓN	GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA	
INDICADOR No 10	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya.	
ESTÁNDAR PARA CADA AÑO	Cumplimiento dentro de los términos previstos	
METAS ANUALES		
2017	2018	2019
Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos

COMPROMISOS PLANTEADOS:

Garantizar el reporte oportuno de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia de Salud.

ACTIVIDADES GENERALES A DESARROLLAR:

- ✓ Garantizar el cumplimiento del reporte de información a la Superintendencia de Salud conforme a los tiempos establecidos.

ÁREA DE GESTIÓN	GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA	
INDICADOR No 11	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya.	
ESTÁNDAR PARA CADA AÑO	Cumplimiento dentro de los términos previstos	
METAS ANUALES		
2017	2018	2019
Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos

COMPROMISOS PLANTEADOS:

Garantizar el reporte oportuno de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

ACTIVIDADES GENERALES A DESARROLLAR:

- ✓ Cumplir con el reporte en los términos establecidos por el Decreto 2193 de 2004 al Ministerio de Salud y Protección Social.

ÁREA DE GESTIÓN	GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL	
INDICADOR No 12	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Hemorragia del III trimestre y trastornos hipertensivos en la gestación.	
ESTÁNDAR PARA CADA AÑO	≥ 0.80	
METAS ANUALES		
2017	2018	2019
≥ 0.80	≥ 0.80	≥ 0.80

COMPROMISOS PLANTEADOS:

Garantizar una atención segura y pertinente con la aplicación estricta de la guía de práctica clínica a las gestantes mayores de 27 semanas con diagnóstico de hemorragia del III trimestre y trastornos hipertensivos.

ACTIVIDADES GENERALES A DESARROLLAR:

- ✓ Revisión y actualización de la Guía Práctica Clínica de pacientes con edad gestacional mayor de 27 semanas con diagnósticos de hemorragia del III trimestre y trastornos hipertensivos.
- ✓ Revaluación de la lista de chequeo de la guía.
- ✓ Socialización de la guía de práctica clínica de esta patología al personal de la institución, enfatizando un compromiso por parte de los especialistas y médicos responsables de la atención.
- ✓ Evaluación mensual de la atención de pacientes con la mencionada patología.
- ✓ Implementar acciones de mejora de acuerdo a los hallazgos encontrados en la evaluación del indicador.

ÁREA DE GESTIÓN	GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL	
INDICADOR No 13	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida.	
ESTÁNDAR PARA CADA AÑO	≥ 0.80	
METAS ANUALES		
2017	2018	2019
≥ 0.80	≥ 0.80	≥ 0.80

COMPROMISOS PLANTEADOS:

Garantizar una atención segura y pertinente con la aplicación estricta de la guía de manejo para el diagnóstico de la primera causa de morbilidad de egreso hospitalario.

ACTIVIDADES GENERALES A DESARROLLAR:

- ✓ Revisión y actualización de la Guía Práctica Clínica de pacientes con diagnóstico de la primera causa de morbilidad de egreso hospitalario.
- ✓ Socialización de la guía de práctica clínica de esta patología al personal de la institución, enfatizando un compromiso por parte de los especialistas y médicos responsables de la atención.
- ✓ Evaluación mensual de la atención de pacientes con la mencionada patología.
- ✓ Implementar acciones de mejora de acuerdo a los hallazgos encontrados en la evaluación del indicador.

ÁREA DE GESTIÓN	GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL	
INDICADOR No 14	Oportunidad en la realización de Apendicetomía	
ESTÁNDAR PARA CADA AÑO	≥ 0.90	
METAS ANUALES		
2017	2018	2019
≥ 0.90	≥ 0.90	≥ 0.90

COMPROMISOS PLANTEADOS:

Garantizar que se realice oportunamente la cirugía de apendicetomía después de confirmado el diagnóstico en un tiempo igual o menor de 6 horas.

ACTIVIDADES

- ✓ Ajustar la Guía Práctica Clínica de pacientes con diagnóstico en apendicetomía.
- ✓ Revaluación lista de chequeo de la guía.
- ✓ Socialización de la guía de práctica clínica de esta patología al personal de la institución, enfatizando un compromiso por parte de los especialistas y médicos responsables de la atención.
- ✓ Evaluación mensual de la atención de pacientes con la mencionada patología.
- ✓ Implementar acciones de mejora de acuerdo a los hallazgos encontrados en la evaluación del indicador.

ÁREA DE GESTIÓN	GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL	
INDICADOR No 15	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual	
ESTÁNDAR PARA CADA AÑO	Cero (0) ó variación negativa	
METAS ANUALES		
2017	2018	2019
Cero (0) ó variación negativa	Cero (0) ó variación negativa	Cero (0) ó variación negativa

COMPROMISOS PLANTEADOS:

Desarrollar y fortalecer destrezas y competencias para prevenir la frecuencia de pacientes pediátricos de 0 - 18 años, con neumonía bronco aspirativas intrahospitalaria ocurridas en la vigencia evaluada.

ACTIVIDADES

- ✓ Revisar y actualizar la Guía para la prevención de neumonía bronco aspirativas intrahospitalarias.
- ✓ Revaluar la lista de chequeo de la guía.
- ✓ Socialización de la guía de práctica clínica de esta patología al personal de la institución, enfatizando un compromiso por parte de los especialistas y médicos responsables de la atención.
- ✓ Evaluación y seguimiento a la guía.
- ✓ Implementar acciones de mejora de acuerdo a los hallazgos encontrados en la evaluación del indicador.

ÁREA DE GESTIÓN	GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL	
INDICADOR No 16	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo de Miocardio (IAM)	
ESTÁNDAR PARA CADA AÑO	≥ 0.90	
METAS ANUALES		
2017	2018	2019
≥ 0.90	≥ 0.90	≥ 0.90

COMPROMISOS PLANTEADOS:

Garantizar que se realice oportunamente la terapia específica a pacientes con infarto agudo de miocardio dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnóstico.

ACTIVIDADES

- ✓ Revisar y actualizar la Guía Práctica Clínica de pacientes con diagnóstico en infarto agudo de miocardio.
- ✓ Socialización de la guía de práctica clínica de esta patología al personal de la institución, enfatizando un compromiso por parte de los especialistas y médicos responsables de la atención.
- ✓ Evaluación de la atención de pacientes con la mencionada patología.
- ✓ Implementar acciones de mejora de acuerdo a los hallazgos encontrados en la evaluación del indicador.

ÁREA DE GESTIÓN	GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL	
INDICADOR No 17	Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria	
ESTÁNDAR PARA CADA AÑO	≥ 0.90	
METAS ANUALES		
2017	2018	2019
≥ 0.90	≥ 0.90	≥ 0.90

COMPROMISOS PLANTEADOS:

Revisar los casos de mortalidad intrahospitalaria evidenciando causas de ocurrencia.

ACTIVIDADES

- ✓ Cuantificar los casos de mortalidad intrahospitalaria periódicamente en el Comité de mortalidad para su respectivo análisis.
- ✓ Implementar acciones de mejora de acuerdo a los hallazgos encontrados en la evaluación del indicador.

ÁREA DE GESTIÓN	GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL	
INDICADOR No 18	Oportunidad en la atención de consulta de pediatría	
ESTÁNDAR PARA CADA AÑO	≤ 5	
METAS ANUALES		
2017	2018	2019
≤ 5	≤ 5	≤ 5

COMPROMISOS PLANTEADOS:

Garantizar la oportunidad en la atención de consulta pediátrica.

ACTIVIDADES

- ✓ Establecer agendas teniendo en cuenta la demanda del servicio.
- ✓ Evaluar periódicamente el indicador, estableciendo análisis y acciones mejoramiento.
- ✓ Confirmación telefónica de las consultas programadas para garantizar el cumplimiento de las mismas.

ÁREA DE GESTIÓN	GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL	
INDICADOR No 19	Oportunidad en la atención gineco-obstétrica	
ESTÁNDAR PARA CADA AÑO	≤ 8	
METAS ANUALES		
2017	2018	2019
≤ 8	≤ 8	≤ 8

COMPROMISOS PLANTEADOS:

Garantizar la oportunidad en la atención de consulta gineco - obstétrica.

ACTIVIDADES

- ✓ Establecer agendas teniendo en cuenta la demanda del servicio.
- ✓ Evaluar periódicamente el indicador, estableciendo análisis y acciones mejoramiento.
- ✓ Confirmación telefónica de las consultas programadas para garantizar el cumplimiento de las mismas.

ÁREA DE GESTIÓN	GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL	
INDICADOR No 20	Oportunidad en la atención de medicina interna	
ESTÁNDAR PARA CADA AÑO	≤ 15	
METAS ANUALES		
2017	2018	2019
≤ 15	≤ 15	≤ 15

COMPROMISOS PLANTEADOS:

Garantizar la oportunidad en la atención de medicina interna.

ACTIVIDADES

- ✓ Establecer agendas teniendo en cuenta la demanda del servicio.
- ✓ Evaluar periódicamente el indicador, estableciendo análisis y acciones mejoramiento.
- ✓ Confirmación telefónica de las consultas programadas para garantizar el cumplimiento de las mismas.

De acuerdo con lo anterior y a lo dispuesto en la Resolución 743 de 2013, la gerencia plantea como ejes prioritarios de la gestión los siguientes:

4.1. ÁREA DE GESTIÓN DIRECCION Y GERENCIA:

- a. Seguimiento estricto al plan de gestión con el fin de aumentar el porcentaje de cumplimiento del mismo buscando optimizar los resultados institucionales.
- b. Mantener el Sistema Integral de Gestión de la Calidad demostrando la mejora continua y la Satisfacción de los Usuarios y su familia; con la continuidad en los ciclos de preparación para la acreditación.
- c. Lograr estándares superiores de cumplimiento al finalizar la vigencia del Plan de Desarrollo Institucional y de los respectivos planes operativos.

4.2. ÁREA DE GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA

- a. Dar cabal cumplimiento a las normas que regulan la presentación y rendición de informes a cada uno de los entes de vigilancia y control.
- b. Buscar mecanismos que permitan a la institución mejorar la categorización del riesgo fiscal y financiero que califica el Ministerio de Salud de la Protección Social.
- c. Mantener el comportamiento en lo relacionado con el pago oportuno de las deudas al personal de planta y por concepto de contratación de servicios.
- d. Desarrollar un procedimiento que permita analizar los contenidos del RIPS, para dar cumplimiento a lo requerido por el indicador y sea presentado a la Junta Directiva.

4.3. ÁREA DE GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL

- a. Garantizar la implementación de la guías de práctica clínica médica basada en la evidencia científica.
- b. Garantizar la continuidad y operatividad de los comités interdisciplinarios en el ejercicio de análisis de todos los casos a que haya lugar.
- c. Establecer estrategias que permitan garantizar la oportunidad en las consultas especializadas.

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