



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



SC-CER448531

SA-CER448535

OS-CER448536



**PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL
2018 - 2020**

“JUNTOS POR LA EXCELENCIA”

**Jaime Alberto Arteaga Coral
Gerente**

CONTENIDO

1. PRESENTACION	3
1.1 Justificación	3
1.2 Marco Normativo	3
2. PLATAFORMA ESTRATEGICA.....	4
2.1 Mega	4
2.2 Misión	4
2.3 Visión.....	4
2.4 Objetivos Estratégicos.....	4
2.6 Valores Institucionales	5
2.7 Principios Institucionales.....	6
3. DIRECTRICES DEL PLAN DE GESTION 2018 - 2020	7
AREA DE GESTIÓN: DIRECCION Y GERENCIA	8
AREA DE GESTION FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA.....	12
AREA DE GESTION CLINICA Y ASISTENCIAL	19

1. PRESENTACION

1.1 Justificación

Resultado de la articulación y concertación con los diferentes grupos internos de trabajo y grupos de interés, el gerente del Hospital Universitario Departamental de Nariño, presenta a la Junta Directiva su plan de gestión gerencial vigencia 2018-2020, el cual se caracteriza por la inclusión de las perspectivas reales y alcanzables por parte de todo el equipo de trabajo institucional; el punto de partida fue un diagnóstico participativo soportado en las evidencias que fueron recopiladas de las diferentes áreas de la organización, así mismo se fundamenta y articula con el plan de desarrollo Nacional, Departamental y sectorial enfocados todos a mejorar la calidad de vida de los usuarios y familias del departamento de Nariño y del Sur Occidente Colombiano mediante la prestación de servicios de salud de mediana y alta complejidad con calidad certificada y vocación de servicio.

El presente plan de gestión gerencial contiene los logros a alcanzar durante el periodo marzo de 2018 a Marzo de 2020, se establecen los compromisos y actividades a realizar para cumplir con las metas establecidas en la resolución 408 del 2018 y serán evaluadas anualmente mediante indicadores de gestión por cada área definida en la normatividad actual.

1.2 Marco Normativo

El presente plan de gestión gerencial, se estructura en el marco de la Ley 1438 de 2011, Resolución 710 de 2012, Resolución 743 de 2013 y Resolución 408 de 2018, promulgadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, y se constituye en el documento que refleja los compromisos que la Gerencia establece ante la Junta Directiva de la entidad y ante la comunidad los cuales incluyen entre otros aspectos, las metas de gestión y resultados; en las áreas de Dirección y Gerencia, Administrativa y financiera y Clínica o Asistencial, así como los compromisos incluidos en convenios suscritos con la nación y con la entidad territorial, además del



reporte de información a la Superintendencia Nacional de salud y al Ministerio de Salud y Protección Social.

2. PLATAFORMA ESTRATEGICA

2.1 Mega

En el 2030 seremos una institución de alta complejidad, acreditada con excelencia, auto sostenible, ambientalmente responsable, líder en investigación y gestión clínica a nivel nacional e internacional.

2.2 Misión

Brindar atención segura y auto sostenible de alta complejidad en salud con calidad y humanización, promoviendo la investigación, la responsabilidad social y el cuidado del medio ambiente en beneficio de los usuarios y sus familias.

2.3 Visión

Para el año 2020 estar constituidos como un hospital de alta complejidad, universitario, investigativo, acreditado en salud, autosostenible y ambientalmente responsable que brinda atención segura y humanizada a usuarios y familias a nivel Nacional.

2.4 Objetivos Estratégicos

1. Mantener el Sistema Único de Acreditación SUA y el Sistema integrado de gestión HSEQ, mejorando la gestión de los procesos institucionales.
2. Lograr la Acreditación como Hospital Universitario, a través del desarrollo de proyectos de investigación.



3. Mejorar la capacidad instalada que permita renovar el portafolio de servicios institucional en función de la morbilidad ampliando los niveles de responsabilidad y complejidad de los servicios de salud prestados.
4. Fortalecer el clima y la cultura organizacional alineando el proceso de talento humano a las herramientas de gestión establecidas.
5. Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera
6. Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutivez clínica y la seguridad del paciente.
7. Implementar nuevos modelos de gestión de la tecnología, la información y las comunicaciones con base en herramientas que permitan mejorar los aspectos misionales y estratégicos de la Organización.
8. Mantener la condición de hospital verde y sostenible mediante el fortalecimiento de procesos amigables con el medio ambiente.

2.6 Valores Institucionales

Trabajo en Equipo: Trabajar con liderazgo y compromiso compartido, en un ambiente que promueva el crecimiento personal y organizacional.

Ética: Conformidad con los principios de la disciplina y con los principios morales.

Respeto: Consideración y reconocimiento del valor de una persona o de una cosa.

Responsabilidad: Reflexionar, administrar, orientar y valorar las consecuencias de sus actos

Transparencia: Honestidad en el actuar, que muestra la verdad de los hechos.

Humanismo: reconocimiento de la trascendencia del ser humano para buscar su bienestar.

Vocación de Servicio: Actitud de atención y de resolución de un problema o necesidad.



Cultura Ambiental: Prestación del servicio con énfasis en el cuidado y la preservación del medio ambiente.

2.7 Principios Institucionales

- Utilizamos los recursos técnicos, humanos y financieros de manera eficiente y responsable.
- Brindamos una atención oportuna, efectiva, humanizada, personalizada y segura.
- Resolvemos de manera integral y continua, los problemas de salud a todos los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Trabajamos en equipo para lograr los objetivos institucionales articulando políticas, métodos y procedimientos.
- Nuestras actuaciones son claras y transparentes y la interlocución con los diferentes actores de la salud genera información oportuna, confiable y veraz.
- El paciente y su familia es el eje alrededor del cual giran todas las acciones de salud, dentro de un entorno seguro, de confidencialidad y de confianza entre éste, los profesionales, aseguradoras y la misma comunidad.
- Protegemos y conservamos el medio ambiente, minimizando y compensando los impactos ambientales negativos que pueda generar la Institución como consecuencia de la prestación los servicios de salud.

3. DIRECTRICES DEL PLAN DE GESTION 2018 - 2020

Las directrices del Plan de Gestión están basadas en su totalidad en lo requerido por marco normativo vigente, es así como se definen tres áreas de Gestión, compuesta cada una de ellas por indicadores propios del nivel de complejidad de la E.S.E, en el caso del Hospital Universitario Departamental de Nariño le aplican los indicadores definidos para el III nivel de complejidad.

Las áreas de Gestión definidas son las siguientes:

- Área de Gestión Dirección y Gerencia
- Área de Gestión Financiera y Administrativa
- Área de Gestión Clínica y Asistencial

El Plan de Gestión Gerencial del Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E. contiene en forma ordenada y coherente la siguiente información:

- Áreas de gestión y de resultados
- Indicadores y estándares establecidos en la resolución 408 de 2018.
- Formula del indicador
- Antecedentes
- Diagnóstico inicial o línea base para cada indicador.
- Logros planteados para el periodo gerencial 2018-2020
- Estándar y Metas por vigencia
- Compromisos de gestión para la vigencia 2018-2020
- Acciones que permitan cumplir con los compromisos

AREA DE GESTION DIRECCION Y GERENCIA
(Valor porcentual 20%)

AREA DE GESTIÓN: DIRECCION Y GERENCIA		
INDICADOR No. 1	FORMULA	
Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades acreditadas	Mantener la Acreditación Autoevaluación en la vigencia evaluada mayor o igual a 3.5	
ANTECEDENTES		
En el año 2015 el indicador cumple con la meta establecida ya que conserva la categoría de institución acreditada 3.6 (enero de 2015), según informe de evaluación externa de ICONTEC de fecha septiembre de 2016 con calificación global de 3.8, en el mes de diciembre de 2017 se recibe visita de seguimiento de ICONTEC; el informe de evaluación se espera para el mes de marzo de 2018		
RESULTADO DE LA ÚLTIMA MEDICIÓN – LINEA BASE AÑO 2015		
MEDICION	Resultado 2015	Soporte
Autoevaluación en la Vigencia Evaluada mayor o igual a 3.5 o mantener acreditación	Entidad Acreditada (3.6)	Certificación Acreditación
LOGROS PARA LA VIGENCIA 2018-2020		
Estándar para cada año Resolución 408 del 2018	Meta Anual	
Mantener la acreditación	Mantener la Acreditación	
COMPROMISOS DE GESTIÓN Y ACCIONES 2018-2020		
COMPROMISOS	ACCIONES	
Preparar a la organización para recibir auditoria de renovación del certificado de acreditación vigencia 2018-2022	<ol style="list-style-type: none"> 1. Convocar a equipos de autoevaluación de estándares de acuerdo a resolución interna para planificar la elaboración de informe del nuevo ciclo de acreditación 2. Elaborar planes de mejora para el cierre de brechas de las oportunidades de mejora de la auditoria de seguimiento año 2017 3. Realizar seguimiento a los planes de acción de acreditación 4. Elaborar y enviar informe de nuevo ciclo según programación de ICONTEC 5. Recibir auditoría externa del ente Acreditador de nuevo ciclo 2018-2022 según agenda de ICONTEC 	

AREA DE GESTIÓN: DIRECCION Y GERENCIA		
INDICADOR No. 2	FORMULA	
Efectividad de la Auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud	Número de acciones ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas / Número de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora de auditoría registradas en el PAMEC	
ANTECEDENTES		
En el año 2015 el indicador cumple la meta establecida igual o mayor al 90%, ya que según evaluación PAMEC fueron programadas 19 acciones de mejoramiento y fueron ejecutadas 19		
RESULTADO DE LA ÚLTIMA MEDICIÓN – LINEA BASE AÑO 2015		
MEDICION	Resultado 2015	Soporte
Variable 1: No. Acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas	1	Superintendencia Nacional de Salud
Variable 2: Numero de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoria registradas en PAMEC		
LOGROS PARA LA VIGENCIA 2018-2020		
Estándar para cada año Resolución 408 del 2018	Meta Anual	
Mayor o igual a 90% de efectividad en Auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud	>=0,9	
COMPROMISOS DE GESTIÓN Y ACCIONES 2018-2020		
COMPROMISOS	ACCIONES	
Elaborar PAMEC de la vigencia 2018 con base en las oportunidades de mejora identificadas en la última visita de acreditación 2017, Auditoría HSEQ, revisión por la Dirección 2017, auditorías internas y acciones no cumplidas del PAMEC de la vigencia anterior.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Socializar los resultados del PAMEC 2017 y presentar el nuevo PAMEC 2018 a coordinadores y líderes de proceso 2. Analizar, priorizar y plantear acciones de mejora a las brechas identificadas para el logro de objetivos. 3. Hacer seguimiento a la ejecución de las acciones propuestas y efectividad de los resultados obtenidos 4. Evaluar cumplimiento del PAMEC según circular externa 012 de 2016 	

AREA DE GESTIÓN: DIRECCION Y GERENCIA		
INDICADOR No. 3	FORMULA	
Gestión de Ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	Número de metas del Plan Operativo Anual Cumplidas en la vigencia objeto de evaluación / Número de metas Plan Operativo anual programadas en la vigencia objeto de evaluación	
ANTECEDENTES		
Por motivos de interinidad de la gerencia durante los años 2016 y 2017, el Plan de desarrollo 2012 – 2016 se proroga hasta tanto la gerencia sea nombrada en propiedad y se formule un nuevo Plan de desarrollo. En el año 2015 se evalúan 7 objetivos estratégicos los cuales se evalúan con alineación a los indicadores de POAS de proceso, para la vigencia 2015 se obtiene un cumplimiento del 92%		
RESULTADO DE LA ÚLTIMA MEDICIÓN – LINEA BASE AÑO 2015		
MEDICION	Resultado 2015	Soporte
Variable 1: No. metas del Plan Operativo Anual Cumplidas en la vigencia objeto de evaluación	0,90	Informe del responsable de Planeación de la ESE. El informe como mínimo debe contener: el listado de las metas del POA del Plan de Desarrollo aprobado programadas en la vigencia objeto de evaluación, indicando el estado de cumplimiento de cada una de ellas (SI/NO); y el cálculo del indicador
Variable 2: No. metas Plan Operativo Anual programadas en la vigencia objeto de evaluación		
LOGROS PARA LA VIGENCIA 2018-2020		
Estándar para cada año Resolución 408 del 2018	Meta Anual	
Mayor o igual a 90% de ejecución del Plan de Desarrollo	>=0,9	
COMPROMISOS DE GESTIÓN Y ACCIONES 2018-2020		
COMPROMISOS	ACCIONES	
Elaborar POA anual para ejecución de acciones y seguimiento trimestral al cumplimiento de las metas y objetivos estratégicos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Analizar, consolidar e incorporar indicadores, acciones y metas del plan de gestión 2018-2020 en el Plan de desarrollo institucional 2. Adoptar el documento final denominado Plan de Gestión gerencial 2018-2020 3. Gestionar la asignación de recursos destinados a cumplir las metas del POA de cada vigencia. 4. Hacer seguimiento trimestral al cumplimiento de las metas POA. 	

AREA DE GESTION FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA

(Valor porcentual 40%)

AREA DE GESTION FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA

AREA DE GESTIÓN: FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA

INDICADOR No. 5	FORMULA
Evolución del Gasto por Unidad de Valor relativo producida	$\frac{(\text{Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia objeto de la evaluación} / \text{No. UVRE producidas en la vigencia objeto de evaluación})}{(\text{Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometidos en la vigencia anterior en valores constantes de la vigencia objeto de evaluación} / \text{No. UVR producida en la vigencia anterior})}$

ANTECEDENTES

En el año 2015 el indicador no cumple la meta establecida se obtiene un resultado del 1.05, sin embargo al comparar con el año 2017, se encuentra un leve mejoramiento al obtener un resultado del 1,03

RESULTADO DE LA ÚLTIMA MEDICIÓN – LINEA BASE AÑO 2015

MEDICION	Resultado 2015	Soporte
Variable 1: Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia objeto de evaluación	1.05	Ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social
Variable 2: N° UVR producidas en la vigencia objeto de evaluación		
Variable 3: Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia anterior en valores constantes de la vigencia objeto de evaluación		
Variable 4: N° UVR producidas en la vigencia anterior		

LOGROS PARA LA VIGENCIA 2018-2020

Estándar para cada año Resolución 408 del 2018	Meta Anual
Menor del 0.90 de Evolución del Gasto por Unidad de Valor relativo producida	<=0.90

COMPROMISOS DE GESTIÓN Y ACCIONES 2018-2020

COMPROMISOS	ACCIONES
Implementar acciones que contribuyan a la disminución del gasto institucional.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gestionar recursos externos para nuevos proyectos de inversión y apertura de nuevos servicios productivos mediante fuentes de financiamiento tales como: cuentas maestras, rentas cedidas, SGR, PGN, con a contrapartida pertinente 2. Realizar seguimiento al informe de austeridad en el gasto presentado por C. Interno de Gestión

AREA DE GESTIÓN: FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA		
INDICADOR No. 6	FORMULA	
Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos: compras conjuntas, compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado, compras a través de mecanismos electrónicos.	Valor total adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico realizadas por uno o más de los siguientes mecanismos de compra: compras conjuntas, compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado o compras por mecanismos electrónicos / Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico-quirúrgico en la vigencia evaluada	
ANTECEDENTES		
En el periodo 2017 por decisión Gerencial no realizo compras conjuntas a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado y/o mecanismos electrónicos por lo tanto el resultado no cumplió la meta propuesta durante todo el periodo. El mecanismo que utilizo la empresa fue a través de publicación de necesidades y precios base en la página web del Hospital		
RESULTADO DE LA ÚLTIMA MEDICIÓN - LINEA BASE AÑO 2015		
MEDICION	Resultado 2015	Soporte
Variable 1: Valor de adquisiciones de material médico quirúrgico por mecanismos de compra conjuntas, compras a través de cooperativas de ESEs o compras por mecanismos electrónicos	0	Certificación suscrita por el revisor fiscal
Variable 2: Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico-quirúrgico en la vigencia evaluada		
LOGROS PARA LA VIGENCIA 2018-2020		
Estándar para cada año Resolución 408 del 2018	Meta Anual	
70% de las adquisiciones de material médico quirúrgico realizados por mecanismos de compra conjuntas a través de cooperativas de ESEs y/o mecanismos electrónicos	>=0,7	
COMPROMISOS DE GESTIÓN Y ACCIONES 2018-2020		
COMPROMISOS	ACCIONES	
Gestionar la implementación de compras a través de plataformas electrónicas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluar la opción de adquirir insumos a través de una plataforma electrónica. 2. Evaluar costo/beneficio del proceso realizado 3. Tomar las acciones correspondientes de acuerdo a resultados 	

AREA DE GESTIÓN: FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA		
INDICADOR No. 8	FORMULA	
Utilización de información de Registro Individual de prestaciones - RIPS	Numero de informe de análisis de la prestación de servicios de la ESE presentados a Junta Directiva con base en RIPS de la vigencia objeto de evaluación.	
ANTECEDENTES		
En el año 2015 el indicador cumple la meta establecida, se reportan y soportan oportunamente 6 informes		
RESULTADO DE LA ÚLTIMA MEDICIÓN – LINEA BASE AÑO 2015		
MEDICION	Resultado 2015	Soporte
Variable 1: Número de informes de análisis de prestación de servicios de la ESE presentados a Junta Directiva con base en RIPS de la vigencia objeto de evaluación	6	Informe del responsable de Planeación soportado en las Actas Junta Directiva que contenga como mínimo: fecha de los informes presentados a la junta directiva, periodo de RIPS utilizados para el análisis y relación de actas de Junta Directiva en las que se presentó el informe
LOGROS PARA LA VIGENCIA 2018-2020		
Estándar para cada año Resolución 408 del 2018	Meta Anual	
4 Informes de RIPS al año presentados a la Junta Directiva	4	
COMPROMISOS DE GESTIÓN Y ACCIONES 2018-2020		
COMPROMISOS	ACCIONES	
Elaborar informe de RIPS y presentarlos a JD durante la vigencia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Generar informes de RIPS sobre producción de servicios, comportamiento epidemiológico, comportamiento financiero basado en facturación de servicios y comparativos entre periodos de tiempo 2. Presentar informe y análisis en reuniones ordinarias de Junta Directiva 3. Adoptar la información resultado de RIPS como herramienta fundamental para la toma de decisiones gerenciales 	

AREA DE GESTIÓN: FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA		
INDICADOR No. 9	FORMULA	
Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo	Valor de la Ejecución de Ingresos totales recaudados en la vigencia objeto de evaluación (incluye recaudo de C x C vigencias anteriores) / Valor de ejecución de gastos comprometidos en la vigencia objeto de evaluación (Incluye el valor comprometidos de C X C de vigencias anteriores)	
ANTECEDENTES		
En el año 2015 el indicador no cumple la meta establecida mayor a 1, generando un resultado de 0,86, para el año 2017 el indicador mejora al obtenerse un valor de 0,95		
RESULTADO DE LA ÚLTIMA MEDICIÓN - LINEA BASE AÑO 2015		
MEDICION	Resultado 2015	Soporte
Variable 1: Valor de la Ejecución de Ingresos totales recaudados en la vigencia objeto de evaluación (incluye recaudo de c x c vigencias anteriores)	0,86	Ficha técnica de la página Web de SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social
Variable 2: Valor de ejecución de gastos comprometidos en la vigencia objeto de evaluación (incluye cuentas por pagar de vigencias anteriores)		
LOGROS PARA LA VIGENCIA 2018-2020		
Estándar para cada año Resolución 408 del 2018	Meta Anual	
El Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo debe ser mayor o igual a 1	>=1	
COMPROMISOS DE GESTIÓN Y ACCIONES 2018-2020		
COMPROMISOS	ACCIONES	
Optimizar la capacidad instalada para el incremento en la venta de servicios	<ol style="list-style-type: none"> 1. Establecer relaciones mutuamente beneficiosas con las EPS con el fin de mejorar recaudo por la prestación de servicios 2. Implementar nuevos servicios que proporcionen mayores ingresos 3. Gestionar el recaudo de Cartera con EPS 	

AREA DE GESTIÓN: FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA		
INDICADOR No. 10	FORMULA	
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 términos de la normatividad vigente	
ANTECEDENTES		
Se cumplieron con las fechas de envío de la información durante el año 2015		
RESULTADO DE LA ÚLTIMA MEDICIÓN – LINEA BASE AÑO 2015		
MEDICION	Resultado 2015	Soporte
Variable 1: Cumplimiento oportunos de los informes en términos de la normatividad vigente	Oportuno	Superintendencia Nacional de Salud
LOGROS PARA LA VIGENCIA 2018-2020		
Estándar para cada año Resolución 408 del 2018	Meta Anual	
Cumplir con las fechas de envío del reporte a Supersalud	Cumplimiento del reporte en forma oportuna	
COMPROMISOS DE GESTIÓN Y ACCIONES 2018-2020		
COMPROMISOS	ACCIONES	
Enviar los reportes a SUPERSALUD con eficiencia y oportunidad	<ol style="list-style-type: none"> 1. Elaborar y actualizar el cronograma anual de reportes en el proceso de Gestión de Recursos Financieros 2. Socializar los contenidos requeridos por el ente de control externo a los encargados de la fuente de información primaria. 3. Asignar como punto de control a los procesos de financiera, estadística y planeación del cronograma y a su vez la confiabilidad del contenido. 4. Retroalimentar de manera permanente la información reportada a los entes de control a todos los cargos involucrados. 	

AREA DE GESTIÓN: FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA		
INDICADOR No. 11	FORMULA	
Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 del 2004 compilado en la sección 2, Capítulo 8, Título 3, Parte 5 del libro 2 del Decreto 780 del 2016 - Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, o la norma que lo sustituya	Cumplimiento oportuno de los informes en términos de la normatividad vigente de la vigencia objeto de evaluación	
ANTECEDENTES		
Se cumplieron con las fechas de envío de la información durante el año 2015		
RESULTADO DE LA ÚLTIMA MEDICIÓN – LINEA BASE AÑO 2015		
MEDICION	Resultado 2015	Soporte
Variable 1: Cumplimiento oportuno de los informes en términos de la normatividad vigente de la vigencia objeto de evaluación	Oportuno	Ministerio de Salud y Protección Social
LOGROS PARA LA VIGENCIA 2018-2020		
Estándar para cada año Resolución 408 del 2018	Meta Anual	
Cumplir con las fechas de envío del reporte 2193 DEL 2004	Cumplimiento reporte en forma oportuna	
COMPROMISOS DE GESTIÓN Y ACCIONES 2018-2020		
COMPROMISOS	ACCIONES	
Enviar el reporte de 2193 requeridos con eficiencia y oportunidad	<ol style="list-style-type: none"> 1. Elaborar y actualizar el cronograma anual de reportes en el proceso de Gestión de Recursos Financieros 2. Socializar los contenidos requeridos por el ente de control externo a los encargados de la fuente de información primaria. 3. Asignar como punto de control a los procesos de financiera, estadística y planeación del cronograma y a su vez la confiabilidad del contenido. 4. Retroalimentar constantemente a la subgerencia admin. y financiera y a Gerencia, la información reportada a los entes de control 	

AREA DE GESTION CLINICA Y ASISTENCIAL

(Valor porcentual 40%)

AREA DE GESTION CLINICA Y ASISTENCIAL

AREA DE GESTIÓN: CLINICA Y ASISTENCIAL		
INDICADOR No. 12	FORMULA	
Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos en gestantes	Número de Historias Clínicas auditadas, que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de manejo para hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación en la vigencia objeto de evaluación / Número total Historias Clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con edad gestacional mayor de 27 semanas atendidas en la ESE con diagnóstico de hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación en la vigencia objeto de evaluación	
ANTECEDENTES		
En el año 2015 el indicador cumple la meta establecida igual o mayor al 80%, obteniéndose un 93% se auditaron 209 historias de las cuales 195 cumplen con los criterios del estándar		
RESULTADO DE LA ÚLTIMA MEDICIÓN – LINEA BASE AÑO 2015		
MEDICION	Resultado 2015	Soporte
Variable1: Número de Historias Clínicas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de manejo para hemorragias del III trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación en la vigencia objeto de evaluación	0,93	Informe del Comité de Historias Clínicas de la E.S.E. que contenga como mínimo: Referencia al acto administrativo de adopción de la Guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador
Variable2: Número total Historias Clínicas auditadas de pacientes con edad gestacional mayor de 27 semanas atendidas en la ESE con Diagnostico de hemorragia del III trimestre y trastornos hipertensivos en la gestación en la vigencia objeto de evaluación		
LOGROS PARA LA VIGENCIA 2018-2020		
Estándar para cada año Resolución 408 del 2018	Meta Anual	
Aplicar en el 80% de las Historias Clínicas auditadas la Guía de manejo para hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos gestantes	≥ 0,8	
COMPROMISOS DE GESTIÓN Y ACCIONES 2018-2020		
COMPROMISOS	ACCIONES	
Priorizar la medición de adherencia a Guías para los procesos de adopción e implementación acordes a la metodología del Ministerio de Salud y Protección Social	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar Seguimiento a la adherencia a guías de síndrome de trastorno hipertensivo y hemorragias de tercer trimestre. 2. Fortalecer la auditoría integral y concurrente. 3. Retroalimentar hallazgos de auditoría al equipo responsable de atención de gestantes. 	

AREA DE GESTIÓN: CLINICA Y ASISTENCIAL		
INDICADOR No. 13	FORMULA	
Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida	Número de Historias Clínicas auditadas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de manejo adoptada por la ESE para el Diagnóstico de la primera causa de egreso Hospitalario en la vigencia objeto de evaluación / Total Historias Clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con el Diagnóstico de la primera causa de egreso atendida en la vigencia objeto de evaluación	
ANTECEDENTES		
En el año 2015 el indicador cumple la meta establecida, ya que de las 240 historias auditadas 213 cumplen con los criterios del estándar para un valor de 0,89		
RESULTADO DE LA ÚLTIMA MEDICIÓN – LINEA BASE AÑO 2015		
MEDICION	Resultado 2015	Soporte
Variable1: Número de Historias Clínicas auditadas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de manejo adoptada por la ESE para el Diagnóstico de la primera causa de egreso Hospitalario en la vigencia objeto de evaluación	0,89	Informe del Comité de Historias Clínicas de la E.S.E. que contenga como mínimo: Referencia al acto administrativo de adopción de la Guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador
Variable2: Total Historias Clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con el Diagnóstico de la primera causa de egreso atendida en la vigencia objeto de evaluación		
LOGROS PARA LA VIGENCIA 2018-2020		
Estándar para cada año Resolución 408 del 2018	Meta Anual	
Aplicar en el 80% de las Historias Clínicas auditadas la Guía de Atención de la primera causa de egreso.	≥0,8	
COMPROMISOS DE GESTIÓN Y ACCIONES 2018-2020		
COMPROMISOS	ACCIONES	
Realizar Seguimiento a la adherencia a la guía de primera causa de egreso	<ol style="list-style-type: none"> Fortalecer la auditoría Integral Retroalimentar hallazgos de auditoría al equipo responsable de la atención correspondiente 	

AREA DE GESTIÓN: CLINICA Y ASISTENCIAL		
INDICADOR No. 14	FORMULA	
Oportunidad en la realización de Apendicetomía	Número de pacientes con Diagnóstico de Apendicitis al egreso a quienes se inició la Apendicetomía dentro de las seis horas de confirmado el diagnóstico en la vigencia objeto de evaluación/Total de pacientes con diagnóstico de apendicitis al egreso en la vigencia objeto de evaluación	
ANTECEDENTES		
En el año 2015 el indicador cumple la meta establecida igual o mayor al 90%, ya que de las 416 historias auditadas, 403 cumplen con los criterios del estándar		
RESULTADO DE LA ÚLTIMA MEDICIÓN – LINEA BASE AÑO 2015		
MEDICION	Resultado 2015	Soporte
<p>Variable1: Número de pacientes con Diagnóstico de Apendicitis al egreso a quienes se inició la Apendicetomía, después de confirmado el diagnóstico en un tiempo igual o menor a 6 horas en la vigencia objeto de evaluación</p>	0,97	Informe de Subgerencia Científica de la ESE o quien haga sus veces que mínimo contenga: base de datos de los pacientes a quienes se le realizo apendicetomía que contenga identificación del paciente, fecha y hora de la confirmación del diagnóstico de apendicitis y fecha y hora de la intervención
<p>Variable2: Total de pacientes con Diagnóstico de Apendicitis al egreso en la vigencia objeto de evaluación</p>		
LOGROS PARA LA VIGENCIA 2018-2020		
Estándar para cada año Resolución 408 del 2018	Meta Anual	
Realización de apendicetomía dentro de las seis horas en el 90% de pacientes con diagnostico confirmado de apendicitis	≥0,9	
COMPROMISOS DE GESTIÓN Y ACCIONES 2018-2020		
COMPROMISOS	ACCIONES	
Realizar seguimiento y auditoria a oportunidad de realización del procedimiento apendicetomía según estándar establecido en 6 horas.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar auditoria mensual 2. Retroalimentar oportunamente a cirujanos, urgencias y quirófano 3. Mejorar la resolutiveidad de la atención en pacientes con dx. de apendicetomía 	

AREA DE GESTIÓN: CLINICA Y ASISTENCIAL		
INDICADOR No. 15	FORMULA	
Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación / (Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación/ Número de pacientes pediátricos con neumonía broncoaspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia anterior)	
ANTECEDENTES		
En el año 2015 no se registraron casos de este tipo durante la vigencia evaluada		
RESULTADO DE LA ÚLTIMA MEDICIÓN – LINEA BASE AÑO 2015		
MEDICION	Resultado 2015	Soporte
Variable1: Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación Variable2: (Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación/ Número de pacientes pediátricos con neumonía broncoaspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia anterior)	0	Informe del Referente o Equipo Institucional para la gestión de la Seguridad del Paciente que como mínimo contenga: aplicación de la fórmula del indicador
LOGROS PARA LA VIGENCIA 2018-2020		
Estándar para cada año Resolución 408 del 2018	Meta Anual	
Cero pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario	Cero o variación negativa	
COMPROMISOS DE GESTIÓN Y ACCIONES 2018-2020		
COMPROMISOS	ACCIONES	
Fortalecer la estrategia IAMII, con miras a optimizar la atención a RN para evitar eventos adversos asociados a neumonía por bronco aspiración	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fortalecer la auditoría integral a protocolos de enfermería y estrategia IAMII 2. Realizar retroalimentación de hallazgos con equipo asistencial 	

AREA DE GESTIÓN: CLINICA Y ASISTENCIAL		
INDICADOR No. 16	FORMULA	
Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo de Miocardio (IAM)	Número de pacientes con Diagnóstico de egreso de Infarto Agudo de Miocardio a quienes se inició la terapia específica de acuerdo a la Guía de manejo para IAM dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnóstico en la vigencia objeto de evaluación / Total de pacientes con Diagnóstico de egreso de IAM en la vigencia objeto de evaluación	
ANTECEDENTES		
En el año 2015 el indicador cumple la meta establecida, ya que de las 121 historias auditadas 110 cumplen con los criterios del estándar		
RESULTADO DE LA ÚLTIMA MEDICIÓN – LINEA BASE AÑO 2015		
MEDICION	Resultado 2015	Soporte
Variable1: Número de pacientes con Diagnóstico de egreso de Infarto Agudo de Miocardio a quienes se inició la terapia específica de acuerdo a la Guía de manejo para IAM dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnóstico en la vigencia objeto de evaluación	0,91	Informe del Comité de Historias Clínicas de la E.S.E. que contenga como mínimo: Referencia al acto administrativo de adopción de la Guía y aplicación de la fórmula del indicador
Variable2: Total de pacientes con Diagnóstico de egreso de IAM en la vigencia objeto de evaluación		
LOGROS PARA LA VIGENCIA 2018-2020		
Estándar para cada año Resolución 408 del 2018	Meta Anual	
Inicio de Terapia específica dentro de la primera hora en el 90% de pacientes con diagnóstico de Infarto Agudo de miocardio	≥ 0,9	
COMPROMISOS DE GESTIÓN Y ACCIONES 2018-2020		
COMPROMISOS	ACCIONES	
Establecer ruta crítica de atención a pacientes que requieran terapia específica dentro de la primera hora en el 90% de pacientes con diagnóstico de Infarto Agudo de miocardio	<ol style="list-style-type: none"> 1. Implementar código de respuesta rápida para pacientes con condiciones críticas que pueden requerir manejo por UCI 2. Fortalecer la Auditoria Integral (calidad, concurrente y retrospectiva) 3. Fortalecer el equipo de médicos generales en consulta de urgencias con procesos de capacitación para el abordaje inicial integral de pacientes con impresión diagnóstica de IAM 4. Retroalimentar los hallazgos de auditoría a los profesionales responsables 	

AREA DE GESTIÓN: CLINICA Y ASISTENCIAL		
INDICADOR No. 17	FORMULA	
Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria	Número de muertes intrahospitalarias mayores de 48 horas revisada en el comité respectivo en la vigencia objeto de evaluación / Total de muertes intrahospitalarias mayores de 48 horas en la vigencia objeto de evaluación	
ANTECEDENTES		
En el año 2015 el indicador cumple la meta establecida ya que de 585 historias auditadas 585 fueron analizadas en COVE		
RESULTADO DE LA ÚLTIMA MEDICIÓN – LINEA BASE AÑO 2015		
MEDICION	Resultado 2015	Soporte
Variable1: Número de muertes intrahospitalarias mayores de 48 horas revisada en el comité respectivo en la vigencia objeto de evaluación	1	Informe del Referente o Equipo Institucional para la gestión de la Seguridad del Paciente que como mínimo contenga: análisis de cada uno de los casos de muerte intrahospitalaria mayor de 48 horas y aplicación de la fórmula del indicador
Variable2: Total de muertes intrahospitalarias mayores de 48 horas en la vigencia objeto de evaluación		
LOGROS PARA LA VIGENCIA 2018-2020		
Estándar para cada año Resolución 408 del 2018	Meta Anual	
Analizar el 90% de los casos de mortalidad intrahospitalaria mayor a 48 horas	>= 0,9	
COMPROMISOS DE GESTIÓN Y ACCIONES 2018-2020		
COMPROMISOS	ACCIONES	
Analizar los casos de mortalidad en COVE Institucional con la participación de médicos especialistas.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Desplegar recomendaciones y acciones de mejora detectados en los análisis de casos con el personal asistencial 2. Fortalecer la Auditoria Integral (calidad, concurrente y retrospectiva) 3. Fortalecer el análisis de la información de Estadísticas Vitales 4. Fortalecer la codificación de diagnósticos por parte de estadística 	

AREA DE GESTIÓN: CLINICA Y ASISTENCIAL		
INDICADOR No. 18	FORMULA	
Tiempo promedio de espera en la asignación de cita de pediatría	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de pediatría de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicito en la vigencia objeto de evaluación / Número total de citas de pediatría de primera vez asignadas en la vigencia objeto de evaluación	
ANTECEDENTES		
En el año 2015 el tiempo promedio de espera en la asignación de cita de pediatría fue de 4 días		
RESULTADO DE LA ÚLTIMA MEDICIÓN - LINEA BASE AÑO 2015		
MEDICION	Resultado 2015	Soporte
Variable1: Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de pediatría de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicito en la vigencia objeto de evaluación	4 días	Ficha técnica de la página web de SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social
Variable2: Número total de citas de pediatría de primera vez asignadas en la vigencia objeto de evaluación		
LOGROS PARA LA VIGENCIA 2018-2020		
Estándar para cada año Resolución 408 del 2018	Meta Anual	
Asignar citas a los pacientes que requieren consulta médica pediátrica en un tiempo menor o igual a 5 días, contados a partir de la solicitud de la misma.	Menor o igual a 5 días	
COMPROMISOS DE GESTIÓN Y ACCIONES 2018-2020		
COMPROMISOS	ACCIONES	
Fortalecer el servicio de consulta pediátrica ambulatoria	<ol style="list-style-type: none"> 1. Notificar a las EPS la prestación de servicios de consulta pediátrica ambulatoria 2. Ampliar la cobertura del servicio de consulta médica pediátrica 3. Concertar agendas con especialistas para cumplir con la meta establecida. 4. Mantener el Recurso Humano de especialistas de acuerdo a la demanda del servicio. 	

AREA DE GESTIÓN: CLINICA Y ASISTENCIAL		
INDICADOR No. 19	FORMULA	
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de obstetricia de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicito en la vigencia objeto de evaluación / Número total de citas de obstetricia de primera vez asignadas en la vigencia objeto de evaluación	
ANTECEDENTES		
En el año 2015 el indicador no cumple la meta , ya que el número de días transcurridos entre la fecha de asignación de citas y la fecha asignada corresponden a 62.421 días y el número total de consultas ginecoobstétricas son 6.818 (9,16)		
RESULTADO DE LA ÚLTIMA MEDICIÓN – LINEA BASE AÑO 2015		
MEDICION	Resultado 2015	Soporte
Variable1: Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de obstetricia de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicito en la vigencia objeto de evaluación	10,80	Ficha técnica de la página web de SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social
Variable2: Número total de citas de obstetricia de primera vez asignadas en la vigencia objeto de evaluación		
LOGROS PARA LA VIGENCIA 2018-2020		
Estándar para cada año Resolución 408 del 2018	Meta Anual	
Asignar citas a los pacientes que requieren consulta médica obstétrica en un tiempo menor o igual a 8 días, contados a partir de la solicitud de la misma.	<= a 8 días	
COMPROMISOS DE GESTIÓN Y ACCIONES 2018-2020		
COMPROMISOS	ACCIONES	
Monitorizar sistemáticamente agendas de médicos especialistas en ginecobstetricia.	<ol style="list-style-type: none"> Fortalecer los mecanismos para asignación de citas a través de correo electrónico y vía telefónica Fortalecer la comunicación entre la coordinación del servicio y la subgerencia de prestación de servicio Establecer con suficiente claridad las obligaciones contractuales de los médicos ginecólogos Fortalecer la información al usuario sobre el acceso directo a consulta obstétrica Mantener el Recurso Humano de especialistas de acuerdo a la demanda del servicio 	

AREA DE GESTIÓN: CLINICA Y ASISTENCIAL		
INDICADOR No. 20	FORMULA	
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina Interna	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de medicina interna de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicito en la vigencia objeto de evaluación / Número total de citas de Medicina Interna de primera vez asignadas en la vigencia objeto de evaluación	
ANTECEDENTES		
En el año 2015 el indicador cumple la meta establecida, ya que el número de días transcurridos entre la fecha de asignación de citas y la fecha asignada corresponden a 68.733 días y el número total de consultas de medicina interna son de 8.050		
RESULTADO DE LA ÚLTIMA MEDICIÓN – LINEA BASE AÑO 2015		
MEDICION	Resultado 2015	Soporte
Variable1: Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de medicina interna de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicito en la vigencia objeto de evaluación	8,53	Superintendencia Nacional de Salud
Variable2: Número total de citas de Medicina Interna de primera vez asignadas en la vigencia objeto de evaluación		
LOGROS PARA LA VIGENCIA 2018-2020		
Estándar para cada año Resolución 408 del 2018	Meta Anual	
Asignar citas a los pacientes que requieren consulta médica por medicina interna en un tiempo menor o igual a 15 días, contados a partir de la solicitud de la misma	<= a 15 días	
COMPROMISOS DE GESTIÓN Y ACCIONES 2018-2020		
COMPROMISOS	ACCIONES	
Establecer con suficiente claridad las obligaciones contractuales de los médicos internistas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fortalecer los mecanismos para asignación de citas a través de correo electrónico y vía telefónica 2. Concertar agendas con internistas y fortalecer la comunicación oportuna de los profesionales con Subgerencia de Prestación de servicios sobre modificaciones de las agendas 3. Mantener y/o mejorar el Recurso Humano de especialistas 4. Valorar el impacto de la implementación de las acciones de mejoramiento 	



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.

CALLE 22 No. 7-93 Parque Bolívar - San Juan de Pasto / Nariño
Conmutador 7333400 - Fax 7333408 y 7333409
www.hosdenar.gov.co *mail: ***hudn@hosdenar.gov.co***