

San Juan de pasto, junio 25 de 2020

Doctor(a):  
JHON ALEXANDER ROJAS CABRERA  
Gobernador del Departamento de Nariño  
Presidente Junta Directiva HUDN E.S.E.  
DIANA PAOLA ROSERO ZAMBRANO.  
Directora Instituto Departamental de Salud de Nariño.  
Miembro Junta Directiva HUDN E.S.E.

Asunto: ENTREGA PROYECTO PLAN DE GESTION 2020 A 2024

Cordial Saludo:

Como producto de la construcción efectiva del “PLAN DE GESTIÓN 2020 A 2024” y en cumplimiento de la ley 1438 de 2011 me permito entregar de manera formal el presente documento dentro de los plazos establecidos de norma, en el entendido de que fui posesionado como Gerente el 16/05/2020, la fecha extrema de entrega a Junta Directiva y al IDSN corresponde al 01/07/2020.

Se espera continuar con las fases de aprobación, ejecución y evaluación del mismo.

Atentamente:

---

**NILSEN ARLEY ALVEAR ACOSTA**  
**C.C.: 79.950.146**  
**GERENTE**  
**HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.**

ANEXO: (15) folios

Proyectó: RBEJARANO, LMUESES.



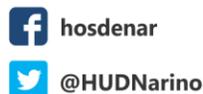
**MINISTERIO DE SALUD Y DE PROTECCIÓN SOCIAL  
GOBERNACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE NARIÑO  
INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO**

**PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL 2020 - 2024  
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO**

**NILSEN ARLEY ALVEAR ACOSTA  
GERENTE**

**SAN JUAN DE PASTO, JUNIO DE 2020**

**CALLE 22 No. 7 – 93 Parque Bolívar - San Juan de Pasto / Nariño**  
Conmutador 7333400 - Fax 7333408 y 7333409  
[www.hosdenar.gov.co](http://www.hosdenar.gov.co) \*mail: [hudn@hosdenar.gov.co](mailto:hudn@hosdenar.gov.co)



SC-CER448531



SA-CER448535



OS-CER448536



## **JUNTA DIRECTIVA**

### **PRESIDENTE**

**Dr. JHON ALEXANDER ROJAS CABRERA**  
Gobernador del Departamento de Nariño

**Dr. MARIO BENAVIDES**  
Delegado del señor Gobernador

**Dra. DIANA PAOLA ROSERO ZAMBRANO.**  
Director Instituto Departamental de Salud de Nariño.

**Dr. FILIPO VLADIMIR MORAN MONTENEGRO.**  
Representante Organizaciones Científicas.

**Dr. JAVIER ALBERTO BURBANO MADROÑERO.**  
Representante del Sector Productivo.

**Dr. FERNANDO PAREJA**  
Representación del Sector Científico del Hospital Departamental.

**Sr. DAVID ERNESTO NICHROY MEJIA**  
Representante de la Liga de Usuarios del Hospital Departamental.

**Dr. NILSEN ARLEY ALVEAR ACOSTA.**  
Gerente

## EQUIPO DE TRABAJO

**Dr. Magda Nuris Quiroz Hernández**  
Subgerente Administrativo y Financiero

**Dra. Diego Fernando Morales Ortegón (E)**  
Subgerente de Prestación de Servicios

**Dra. Luis Eduardo Mejía Mejía**  
Asesor Auditoría Médica

**Ing. Luis Antonio Mueses Coral.**  
Asesor de Planeación

**Dr. Viviana Alexandra Imbacuan**  
Jefe Oficina Jurídica

**Prof. Esp. Mónica Yolanda Pantoja Aguirre**  
Coordinadora GIT Urgencias y Consulta Externa

**Prof. Esp. Yaneth Valencia**  
Coordinadora GIT Quirófano y Ginecoobstetricia

**Prof. Esp. María Elena Erazo**  
Coordinadora GIT Ayudas Diagnosticas

**Prof. Esp. Liseth del Pilar Cando.**  
Coordinadora GIT Soporte Terapéutico

**Prof. Esp. Nancy Carlosama**  
Coordinadora GIT Hospitalización

**Prof. Esp. Martín Caicedo**  
Coordinadora Docencia Universitaria

**Prof. Esp. Janeth Alejandra Hurtado**  
Coordinadora SIAU

**Prof. Esp. Henry Rodríguez**  
Coordinador de Información y Comunicaciones



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



**Prof. Esp. Clara Caicedo**  
Coordinadora Talento Humano

**Prof. Esp. Alfonso Hidalgo**  
Coordinador Financiero

**Prof. Esp. María Elizabeth Llanos**  
Coordinadora Recursos Físicos

**Profesional de Apoyo**

**Esp. Robinson Bejarano**  
Profesional Universitario de Planeación  
Planta Temporal



SC-CER448531



SA-CER448535



OS-CER448536



## TABLA DE CONTENIDO

1. PRESENTACION.....	7
1.1. Justificación.....	7
1.2. Marco Normativo.....	7
2. FORMULACION DEL PLAN DE GESTIÓN .....	8
2.1. Área de Gestión Dirección y Gerencia (20%).....	8
2.1.1. Diagnóstico .....	8
2.1.2. Compromisos.....	8
2.1.3. Metas .....	9
2.2. Área de Gestión Administrativa y Financiera.....	9
2.2.1. Diagnóstico .....	11
2.2.2. Compromisos.....	12
2.2.3. Metas .....	13
2.3. Área de Gestión Asistencial o Clínica.....	13
2.3.1. Diagnóstico .....	14
2.3.2. Compromisos.....	15
2.3.3. Metas .....	17

## PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL 2020 - 2024

### 1. PRESENTACIÓN

#### 1.1. Justificación

El Plan de Gestión, es la herramienta y marco de acción de la Gerencia, para el periodo 2020-2024. En él se consolidan los compromisos que la gerencia acuerda con la Junta Directiva del Hospital y se plasman las metas de gestión y resultados, relacionados con la viabilidad financiera, calidad y eficiencia en la prestación de los servicios. El presente documento pretende apoyar la definición, articulación, y priorización de objetivos, con el fin de hacer explícita la estrategia de la organización e implementar indicadores de evaluación del desempeño gerencial de conformidad con la normatividad vigente, esto es, la Resolución 408 de 2018 (Modificatoria y recopilatoria de las Resoluciones 710 de 2012 y 743 de 2013). Está diseñado y construido de acuerdo con los Principios, Políticas y Directrices del actual Sistema General de Seguridad Social en Salud y la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud en sus tres ejes estratégicos: accesibilidad, eficiencia y calidad. Su estructura se apoya en tres Áreas de Gestión: Dirección y Gerencia, Administrativa y Financiera y Clínica Asistencial.

#### 1.2. Marco Normativo

- Ley 1122 de 2007.
- Decreto 357 de febrero 8 de 2008.
- Ley 1438 de 2011, artículos 72, 73 y 74
- Resolución 710 de marzo 30 de 2012 y sus anexos técnicos.
- Resolución 743 de marzo 15 de 2013 y sus anexos técnicos.
- Resolución 408 de febrero 15 de 2018 y sus anexos técnicos.

## 2. FORMULACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN

En concordancia con lo estipulado en los artículos 72, 73 y 74 de la Ley 1438 de 2011 y lo reglamentado en el Anexo 1 de la resolución 710 de 2012, refrendado en las resoluciones 743 de 2013 y 408 de 2018 se formula a continuación bajo la metodología para la presentación del plan de gestión de las empresas sociales del estado del orden territorial el documento “PLAN DE GESTION GERENCIAL 2020 – 2024 HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO”

### 2.1. Área de Gestión Dirección y Gerencia (20%)

Este bloque lo conforman los indicadores que reflejan el pensamiento Gerencial y estratégico orientado básicamente al sistema de gestión integral de calidad; el porcentaje de calificación para los indicadores que evalúan esta área de gestión es del 20%

#### 2.1.1. Diagnóstico

AREA DE GESTIÓN	N°	INDICADOR	LINEA BASE 2019	OBSERVACIONES
DIRECCION Y GERENCIA	1	Promedio de la calificación de la autoevaluación cuantitativa y cualitativa en desarrollo del ciclo de preparación para la acreditación o del ciclo de mejoramiento de la Empresa Social del Estado en los términos del <b>Artículo 2 de la Resolución 2181 de 2008</b> o de la norma que la sustituya.	ACREDITADO Evaluación ICONTEC 3,78	Acorde a evidencia aportada por Oficina Asesora de Planeación basado en el informe de evaluación de la acreditación de ICONTEC.
	2	Efectividad en la auditoría para el Mejoramiento Continuo de la calidad de la atención en salud	0,6	Acorde a evidencia aportada por Oficina Asesora de Planeación del reporte de la SUPERSALUD.
	3	Gestión de Ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	0,83	Acorde a Informe de la Oficina Asesora de Planeación.

#### 2.1.2. Compromisos

AREA DE GESTIÓN	COMPROMISOS	ACCIONES
DIRECCION Y GERENCIA	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mantener la categoría de institución acreditada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar autoevaluación con enfoque de acreditación para evaluar el cumplimiento de los estándares de acreditación</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Avanzar en el cumplimiento de estándares de Hospital Universitario para obtener el reconocimiento por parte del MS&amp;PS.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fortalecer proyectos de investigación en curso.</li> <li>Facilitar proceso de aprobación de nuevos proyectos de investigación por parte de los comités de ética e investigación.</li> </ul>

AREA DE GESTIÓN	COMPROMISOS	ACCIONES
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar la autoevaluación del proceso de reconocimiento como hospital universitario y presentar documentación al MS&amp;PS nuevo ciclo.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rediseñar el Plan de Auditorías para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Revisar y mejorar el diseño del PAMEC alineándolo con los logros de acreditación e implementando el seguimiento y control de los planes de mejora que se formulen basados en los hallazgos de auditoría.</li> <li>Fortalecer el proceso de gestión para identificar hallazgos, base para la construcción de planes de mejora.</li> <li>Implementar procedimiento de seguimiento y control a planes de mejora formulados.</li> <li>Verificar impacto de acciones de planes de mejora implementados.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rediseñar la metodología de evaluación del Plan de Desarrollo de la vigencia gerencial 2020 – 2024</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Establecer una metodología que permita evaluar eficientemente el logro de los objetivos, estrategias y el cumplimiento de programas, planes y proyectos.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fortalecer proceso de SIAU con enfoque a estándares de humanización y respuesta efectiva de PQR.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Evaluar el alcance del programa de humanización y asignar recursos para mejorar el compromiso de los trabajadores.</li> <li>Evaluar el procedimientos de respuesta a PQR para mejorar sus resultados de cara a las necesidades del usuario.</li> </ul>

### 2.1.3. Metas

AREA DE GESTIÓN	No	INDICADOR	META 2020	META 2021	META 2022	META 2023
DIRECCION Y GERENCIA	1	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades acreditadas.	1. Mantener la acreditación 2. Autoevaluación >=3.5			
	2	Efectividad en la auditoría para el Mejoramiento Continuo de la calidad de la atención en salud	>=0.7	>=0.8	>=0.9	>=0.9
	3	Gestión de Ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	>=0.9	>=0.9	>=0.9	>=0.9

## 2.2. Área de Gestión Administrativa y Financiera

La viabilidad y sostenibilidad financiera del HUDN se constituye en uno de los principales pilares de esta propuesta gerencial. La actual crítica situación por la que atraviesa el sector obliga a llevar el pulso permanente a todos los factores que inciden de una u otra manera en la adecuada planeación y presupuestación del gasto público y en la eficiencia del uso de los recursos, que por venta de servicios u otras fuentes se obtengan. En ese orden de ideas la



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



racionalidad científica, la pertinencia de la atención van ligadas a los procesos de auditoría, facturación y cartera para generar un sistema armónico de ingresos y de gastos que permitan poseer el suficiente músculo financiero y de apalancamiento para ejecutar los proyectos planteados.



SC-CER448531



SA-CER448535



OS-CER448536



### 2.2.1. Diagnóstico

AREA DE GESTIÓN	No.	INDICADOR	LINEA BASE 2019	OBSERVACIONES
FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA	5	<ul style="list-style-type: none"> <li>Evolución del gasto por Unidad de Valor Relativo Producida</li> </ul>	1.01	<ul style="list-style-type: none"> <li>Información tomada del SIHO según lo reportado en 2193 de 2004 por el Hospital</li> </ul>
	6	<ul style="list-style-type: none"> <li>Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante mecanismos de compras conjuntas, a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado y/o de mecanismos electrónicos</li> </ul>	0	<ul style="list-style-type: none"> <li>Acorde a Certificación de Revisoría Fiscal</li> </ul>
	7	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> </ul>	0	<ul style="list-style-type: none"> <li>Acorde a certificación de Revisoría Fiscal</li> </ul>
	8	<ul style="list-style-type: none"> <li>Utilización de Información de Registro Individual de Prestaciones RIPS</li> </ul>	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>Este indicador hace referencia al número de informes presentados a Junta Directiva relacionados con el análisis de la prestación de servicios con base en RIPS. El valor de este indicador en su línea de base es certificado por Planeación</li> </ul>
	9	<ul style="list-style-type: none"> <li>Resultado Equilibrio Presupuestal con recaudo</li> </ul>	0,90	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ficha técnica de la página web SIHO del MS&amp;PS</li> <li>Este indicador refleja un insuficiente recaudo de recursos para dar respuesta a los compromisos adquiridos en la vigencia 2019</li> </ul>
	10	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> </ul>	Reporte inoportuno	<ul style="list-style-type: none"> <li>Certificación SUPERSALUD</li> </ul>
	11	<ul style="list-style-type: none"> <li>Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya</li> </ul>	Reporte oportuno	<ul style="list-style-type: none"> <li>Certificación MS&amp;PS</li> </ul>



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



## 2.2.2. Compromisos

AREA DE GESTIÓN	COMPROMISOS	ACCIONES
FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reducir el riesgo financiero y jurídico a partir de una evolución del gasto basado en una adecuada gestión productiva.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Monitorear y controlar la interacción de los procesos de cartera, auditoría médica, facturación, jurídica y presupuesto basándose en la gestión de la producción de los procesos misionales en el marco de la pandemia.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Incrementar la productividad de los servicios.</li> <li>Generar información limpia para la toma eficiente y oportuna de decisiones gerenciales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Monitorear y controlar el proceso financiero en general.</li> <li>Implementar el sistema de costos que permita la toma eficiente y oportuna de decisiones.</li> <li>Ampliar el portafolio de servicios.</li> <li>Implementar un sistema de información que integre TICS y talento humano eficiente en términos informáticos</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Analizar la posibilidad de establecer modalidad de compras a Cooperativas de ESE's y/ o de mecanismos electrónicos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Actualizar estatuto de contratación institucional</li> <li>Fomentar alianzas estratégicas con ESE regionales.</li> <li>Establecer mecanismos de contratación electrónica para adquisición de medicamentos e insumos en el estatuto de contratación</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mantener la remuneración oportuna del talento humano.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Desarrollar eficientemente los procesos de talento humano, contratación, radicación de cuenta, auditoría de la cuenta, facturación, cartera y presupuesto, tesorería.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fortalecer el proceso de pago de honorarios por OPS.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ampliar el alcance de indicador de remuneración oportuna al talento humano incluyendo a los funcionarios contratados en modalidad OPS</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Presentar oportunamente informes a junta directiva sobre la producción de servicios <u>basados en RIPS</u></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Preparar y consolidar la información de las diferentes áreas de prestación de servicios basado en RIPS.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mantener recaudo oportuno de la cartera</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fortalecer el proceso de Cartera, Auditoría, Facturación y Trámite de Glosas</li> <li>Seguimiento periódico a la ejecución del presupuesto de gastos</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entregar oportunamente informes al Ministerio de Salud y Protección Social y Superintendencia Nacional de Salud</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Preparar, consolidar y validar de Información en los tiempos que se requieran con base en RIPS.</li> <li>Establecer con claridad los responsables de los diferentes informes y monitorizar su reporte</li> </ul>

### 2.2.3. Metas

AREA DE GESTIÓN	No.	INDICADOR	META 2020	META 2021	META 2022	META 2023
FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA	4	Riesgo Fiscal y Financiero	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO
	5	Evolución del gasto por Unidad de Valor Relativo Producida	< 1	< 1	< 1	< 1
	6	Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante mecanismos de compras conjuntas, a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado y/o de mecanismos electrónicos	>=0.3	>=0.3	>=0.3	>=0.3
	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	0	0	0	0
	8	Utilización de Información de Registro Individual de Prestaciones RIPS	4	4	4	4
	9	Resultado Equilibrio Presupuestal con recaudo	>=0.8	>=0.9	>=0.9	>=0.9
	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	Reporte oportuno	Reporte oportuno	Reporte oportuno	Reporte oportuno
	11	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya	Reporte oportuno	Reporte oportuno	Reporte oportuno	Reporte oportuno

### 2.3. Área de Gestión Asistencial o Clínica

En este bloque se encuentran los indicadores que reflejan los resultados de la ejecución de los procesos misionales o cadena de valor de la organización. Desde el enfoque de este nuevo plan gerencial partiendo de un fortalecimiento de los procesos docencia-servicio y generación del conocimiento a través de la investigación científica y capacitación, se pretende que el talento humano de la organización se adhiera a un proceso de transformación cultural en la atención de los usuarios y sus familias con mayor seguridad, amabilidad y humanismo, acorde a los más altos estándares de calidad, dotándolos para ello de las herramientas tecnológicas, equipamiento biomédico y recursos necesarios.

### 2.3.1. Diagnóstico

AREA DE GESTIÓN	No.	INDICADOR	LINEA BASE 2019	OBSERVACIONES
GESTION CLINICA O ASISTENCIAL	12	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica Hemorragias de III trimestre y trastornos hipertensivos en la gestación	0,92	De acuerdo a lo consignado en la Historia Clínica, la oficina Asesora de Auditoría revisa una muestra representativa para evaluar el cumplimiento estricto de la guía de manejo para hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación
	13	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida	0,93	La oficina Asesora de Auditoría revisa una muestra representativa para evaluar el cumplimiento estricto de la guía de manejo adoptada por la ESE para el Diagnóstico de la primera causa de egreso Hospitalario en la vigencia
	14	Oportunidad en la realización de apendicetomía	0.95	La Subgerencia De Prestación de Servicios revisa la 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 quirúrgica para evaluación
	15	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco - aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual	0	Informe de la oficina de Seguridad del Paciente que establezca el cumplimiento del indicador
	16	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de infarto Agudo de Miocardio (IAM)	0,92	De acuerdo a lo consignado en la Historia Clínica, la oficina Asesora de Auditoría revisa una muestra representativa para evaluar el cumplimiento estricto de la guía de manejo para infarto Agudo de Miocardio (IAM)
	17	Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria	1	Informe de la oficina de Seguridad del Paciente del análisis de una muestra representativa de los casos de muerte intrahospitalaria mayor de 48 horas y aplicación de la fórmula del indicador
	18	Oportunidad en la consulta de pediatría	3.25	La Subgerencia De Prestación de Servicios revisa la oportunidad de asignación de cita evaluando 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
	19	Oportunidad en la atención Gineco-obstétrica	1.71	La Subgerencia De Prestación de Servicios revisa la oportunidad de asignación de cita evaluando 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
	20	Oportunidad en la atención de medicina interna	7.92	La Subgerencia De Prestación de Servicios revisa la oportunidad de asignación de cita evaluando 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

### 2.3.2. Compromisos

AREA DE GESTIÓN	COMPROMISOS	ACCIONES
GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>Adherencia y verificación de la correcta aplicación de guías de medicina basada en evidencia científica y protocolos médicos para la atención de pacientes en patologías de hemorragias de tercer trimestre y trastornos hipertensivos en la gestación y la primera causa de egreso hospitalario.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Priorización de la Guía para los procesos de adopción e implementación acordes a la metodología del Ministerio de Salud y Protección Social</li> <li>Seguimiento a la adherencia a guías de síndrome de trastorno hipertensivo y hemorragias de tercer trimestre gestacional</li> <li>Fortalecimiento del proceso de auditoría integral del evento</li> <li>Retroalimentación de hallazgos de auditoría al equipo responsable de atención de gestantes.</li> <li>Fortalecer la oferta de especialidad de Perinatología y Ecografía de detalle ya que proporciona mayor apoyo clínico al diagnóstico y tratamiento de la gestante</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Adherencia y verificación de la correcta aplicación de guías de medicina basada en evidencia científica y protocolos médicos para la atención de pacientes con la primera causa de egreso hospitalario.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Seguimiento a la adherencia a la guía de atención del parto</li> <li>Fortalecimiento de la auditoría Integral</li> <li>Retroalimentación de hallazgos de auditoría al equipo responsable de atención de gestantes</li> <li>Contratación de especialidad de Perinatología ya que proporciona mayor apoyo clínico al diagnóstico y tratamiento de la gestante</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prestar oportunamente el servicio de cirugía para usuarios diagnosticados con apendicetomía.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Priorización de Guía para los procesos de adopción e implementación acordes a la metodología del Ministerio de Salud y Protección Social</li> <li>Fortalecimiento del proceso de Auditoría Médico Clínica Integral</li> <li>Priorización de la ejecución de procedimientos quirúrgicos de apendicetomía</li> <li>Retroalimentación de hallazgos de auditoría a los profesionales responsables de la guía</li> <li>Seguimiento a agendas de médicos Cirujanos</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Neumonías Broncoaspirativas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fortalecimiento de estrategias de prevención y control del evento adoptando las recomendaciones de seguridad del paciente</li> <li>Fortalecimiento de la auditoría integral</li> <li>Aplicación y seguimiento de cumplimiento de la guía de manejo de Síndrome aspirativo.</li> <li>Retroalimentación de hallazgos con equipo clínico</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>IAM</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Formación académica continua de profesionales liderada por Cardiólogo</li> <li>Implementación de código de respuesta rápida para pacientes con condiciones críticas que pueden requerir manejo por UCI</li> <li>Realización de Auditoría Integral a la atención del evento</li> <li>Fortalecimiento integral del equipo de médicos en el servicio de urgencias con el liderazgo de</li> </ul>



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



AREA DE GESTIÓN	COMPROMISOS	ACCIONES
		<p>médicos especialistas que realicen abordaje inicial integral de pacientes con impresión diagnóstica de Síndrome coronario agudo</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Retroalimentación de los hallazgos de auditoría a los profesionales responsables</li></ul>
	<ul style="list-style-type: none"><li>• Mortalidad Intrahospitalaria</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Presentación y análisis de los casos en COVE y con equipos de especialistas específico</li><li>• Despliegue de recomendaciones y acciones de mejora detectados en los análisis de casos con el personal asistencial</li><li>• Aplicación de guía específica desde el ingreso</li><li>• Fortalecimiento de la Auditoría Integral</li><li>• Análisis de la información de Estadísticas Vitales</li></ul>
	<ul style="list-style-type: none"><li>• Consulta de Pediatría</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Fortalecimiento de los mecanismos para asignación de citas a través de correo electrónico y vía telefónica</li><li>• Concertación de agendas con pediatras y fortalecimiento de la comunicación oportuna de los profesionales con Subgerencia de Prestación de servicios sobre modificaciones de las agendas</li><li>• Mantenimiento de la oferta de Recurso Humano de especialistas</li></ul>
	<ul style="list-style-type: none"><li>• Atención gineco obstétrica</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Fortalecimiento de los mecanismos para asignación de citas a través de correo electrónico y vía telefónica</li><li>• Concertación de agendas con ginecólogos y fortalecer la comunicación oportuna de los profesionales con la coordinación de Consulta Externa sobre posibles modificaciones de las agendas</li></ul>
	<ul style="list-style-type: none"><li>• Atención Md Interna</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Fortalecimiento de los mecanismos para asignación de citas a través de correo electrónico y vía telefónica</li><li>• Concertación de agendas con internistas y fortalecimiento la comunicación oportuna de los profesionales con la coordinación de Consulta Externa sobre posibles modificaciones de las agendas</li></ul>

### 2.3.3. Metas

AREA	No.	INDICADOR	META 2020	META 2021	META 2022	META 2023
GESTION CLINICA O ASISTENCIAL	12	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica Hemorragias de III trimestre y trastornos hipertensivos en la gestación	>= 0,9	>= 0,9	>= 0,9	>= 0,9
	13	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida	>= 0,9	>= 0,9	>= 0,9	>= 0,9
	14	Oportunidad en la realización de Apendicetomía	>= 0,9	>= 0,9	>= 0,9	>= 0,9
	15	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco - aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual	0	0	0	0
	16	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de infarto Agudo de Miocardio (IAM)	>= 0,9	>= 0,9	>= 0,9	>= 0,9
	17	Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria	>= 0,9	>= 0,9	>= 0,9	>= 0,9
	18	Oportunidad en la consulta de pediatría	<= 5	<= 5	<= 5	<= 5
	19	Oportunidad en la atención gineco-obstétrica	<= 8	<= 8	<= 8	<= 8
	20	Oportunidad en la atención de medicina interna	<= 15	<= 15	<= 15	<= 15