

Plan de Gestión **GERENCIAL**

2020-2023

Julián Andrés Correa Trujillo
GERENTE 2020-2023





**HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE ZARZAL
E.S.E.
Nit: 891900441-1**

**PLANES
PLAN DE GESTION GERENCIAL 2020-2023**

CÓDIGO: P-GG 01

VERSIÓN: 1

FECHA:

TRD: 20-06.02

PÁGINA: 2 de 34



PRESENTACIÓN

El Plan de gestión gerencial es una herramienta de planeación por medio de la cual el Hospital Departamental San Rafael de Zarzal E.S.E, plasma los compromisos presentados por la Gerencia en relación con la viabilidad financiera, calidad y eficiencia en la prestación de los servicios para el periodo 2020-2023.

El Plan de Gestión Gerencial, 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 contempla tres áreas de gestión: Dirección y Gerencia, Administrativa y Financiera y Clínica Asistencial.

El presente documento presenta la definición e implementación de los indicadores de evaluación del desempeño gerencial de conformidad con la normatividad vigente, específicamente la Resolución 710 del 30 de marzo de 2012, la Resolución 0743 de marzo 15 de 2013 y La Resolución 408 del 15 de febrero del 2018.

JULIAN ANDRES CORREA TRUJILLO
Gerente



CONTENIDO

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL HOSPITAL.....	2
MARCO LEGAL	7
OBJETIVO.....	7
PROPOSÍTOS.....	8
LINEAMIENTOS METODOLÓGICOS.....	8
FORMULACIÓN DEL PLAN	9
INDICADOR 1	10
INDICADOR 2	11
INDICADOR 3	13
INDICADOR 4	14
INDICADOR 5	15
INDICADOR 6	16
INDICADOR 7	17
INDICADOR 8	18
INDICADOR 9	20
INDICADOR 10	21
INDICADOR 11	22
INDICADOR 12	23
INDICADOR 13	25
INDICADOR 14	26
INDICADOR 15	27
INDICADOR 16	28
INDICADOR 17	29
INDICADOR 18	30
INDICADOR 19	30
INDICADOR 20	31
EVALUACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL	32



**HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE ZARZAL
E.S.E.
Nit: 891900441-1**

**PLANES
PLAN DE GESTION GERENCIAL 2020-2023**

CÓDIGO: P-GG 01

VERSIÓN: 1

FECHA:

TRD: 20-06.02

PÁGINA: 2 de 32



DESCRIPCIÓN GENERAL DEL HOSPITAL

El HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE ZARZAL es una Empresa Social del Estado entendida como categoría especial, de entidad pública descentralizada del Orden Departamental, dotada de personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa conforme lo establece la Ordenanza 076 del 30 de septiembre de 1996, la cual contribuye al mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad Zarzaleña Y Municipios circunvecinos.

La Institución ofrece servicios de I y II Nivel de complejidad a toda la población zarzaleña y los municipios circunvecinos como lo son la Unión, la Victoria, Versalles, Toro, Obando y Cartago, siendo integrando a la red pública hospitalaria en la zona norte del departamento.

Entre los servicios incorporados al portafolio de servicios de la entidad, se encuentran hospitalización, consulta externa, quirúrgicos, urgencias, transporte asistencial, apoyo diagnóstico, programa específica de detención temprana, consulta médica especializada, imagenología (Rayos x y ecografías) entre otros.

Como Institución Prestadora de Servicios de Salud (I.P.S.) de Nivel Dos (2) de Atención, el Hospital Departamental San Rafael de Zarzal E.S.E., brinda Servicios de Baja y Mediana Complejidad y, a través del mejoramiento continuo mantiene la calidad de los servicios para la satisfacción permanente del usuario, aplicando los principios de equidad, justicia y universalidad. La ética y la humanización rigen las relaciones con la comunidad y con las demás entidades relacionadas con la Institución.

Los servicios prestados se facturan de acuerdo al Manual de Tarifas aprobado por la Junta Directiva de la Empresa y lo establecido en los contratos, convenios o de acuerdo a los mecanismos que haya definido el Gobierno Nacional para este fin. Los recursos se administran con criterios de eficiencia, eficacia y efectividad y los resultados económicos son orientados al mejoramiento de la Empresa en función del cumplimiento y fortalecimiento de su capacidad resolutiva y buscan incrementar la cobertura del servicio optimizando los recursos para el crecimiento institucional.

ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

ORGANIGRAMA INSTITUCIONAL

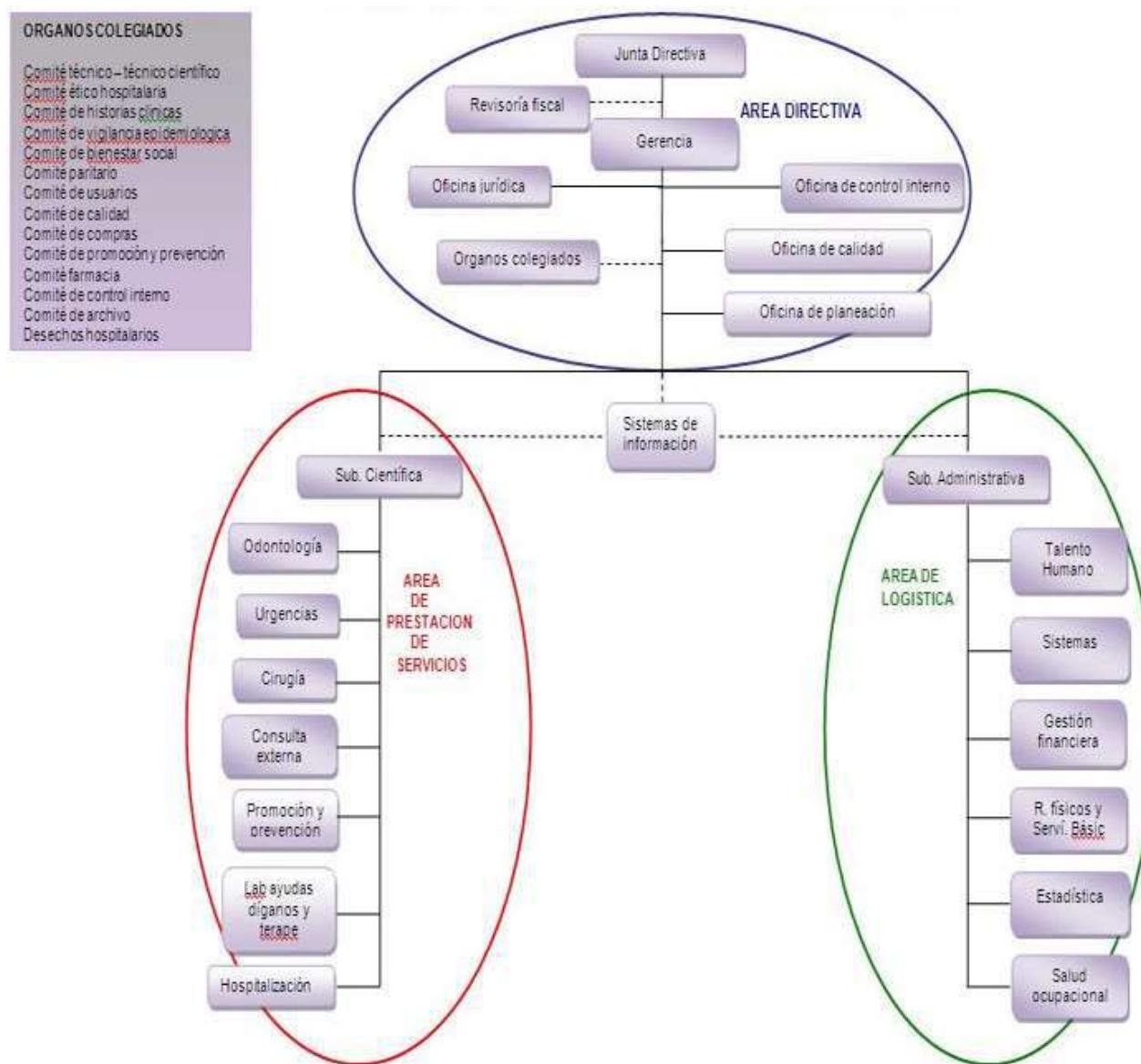


Imagen 1. Organigrama Institucional

Fuente: <http://www.hospitalsanrafaelzarzal.gov.co/organigrama.php>

MAPA DE PROCESOS



Imagen 2. Mapa de Procesos

Fuente: <http://www.hospitalsanrafaelzarzal.gov.co/descargas/mapaprocesos.pdf>



**HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE ZARZAL
E.S.E.
Nit: 891900441-1**

**PLANES
PLAN DE GESTION GERENCIAL 2020-2023**

CÓDIGO: P-GG 01

VERSIÓN: 1

FECHA:

TRD: 20-06.02

PÁGINA: 5 de 32



MISION

Somos una Empresa Social del Estado que garantiza la prestación de servicios de salud y medicina de baja y mediana complejidad de atención a la comunidad zarzaleña, así como su área de influencia y municipios circunvecinos, la cual promueve la práctica de hábitos saludables y desarrolla procesos de recuperación de la salud, contribuyendo al bienestar y desarrollo de nuestra comunidad. Contamos con una infraestructura humana y tecnología adecuada para satisfacer las necesidades de nuestra población, con el compromiso de ser cada día más eficientes, eficaces y efectivos.

VISION

En el 2028, seremos una entidad de referencia social e institucional, reconocida por su modelo de atención integral, humano y seguro, responsable social y ambientalmente, que satisface las necesidades de la población de Zarzal y su área de influencia, además sostenible financieramente, apoyado por colaboradores con alto sentido humano, comprometidos, competentes y con vocación de servicio, contando con equipos tecnológicos de avanzada.

VALORES INSTITUCIONALES

COMPROMISO: Cada persona de la E.S.E es consciente de la importancia de su aporte diario, entregando lo mejor de sí en cada actividad desarrollada, para el mejoramiento de las condiciones de salud y calidad de vida de las personas que conforman la comunidad objeto y para el mejoramiento continuo de la empresa.

HONESTIDAD: Cada persona de la E.S.E sustenta una gestión transparente en cada una de sus actuaciones, racionalizando la utilización de los recursos y empleándolos únicamente para el logro de los objetivos y fines institucionales.

FLEXIBILIDAD: Propicia la adaptación rápida a los cambios, siendo conscientes de su adaptación

LEALTAD: Sentimiento de apego, fidelidad, prudencia y aceptación de los vínculos implícitos que caracteriza a las personas de la E.S.E respecto de las ideas con las cuales se identifican o no; por ello cada uno posee un alto sentido de pertenencia, lo cual permite el cumplimiento de sus labores diarias



**HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE ZARZAL
E.S.E.
Nit: 891900441-1**



**PLANES
PLAN DE GESTION GERENCIAL 2020-2023**

CÓDIGO: P-GG 01

VERSIÓN: 1

FECHA:

TRD: 20-06.02

PÁGINA: 6 de 32

RESPECTO: Es el reconocimiento de la legitimidad del otro, siendo una comunidad hospitalaria que reconoce los derechos, su condición y circunstancias de los compañeros, comunidad y grupos de interés.

RESPONSABILIDAD: Las personas de la E.S.E buscan cumplir con sus compromisos adquiridos, los cuales realizan con seriedad, dedicación y cuidado, porque saben que las cosas deben hacerse bien de principio a fin, por autocontrol y para darles valor agregado. Las personas toman y acepta decisiones y asumen las consecuencias de ellas, buscando el bien común y procurando que otras personas hagan lo mismo.

SOLIDARIDAD: El equipo humano de la E.S.E se une y colabora para conseguir un fin común, la "satisfacción de nuestros Clientes", que redundará en la satisfacción propia y de cada uno de sus integrantes.

TOLERANCIA: Siendo este un valor de proyección social, es un determinante para la consecución de una convivencia armónica y pacífica, en donde aceptamos al otro con sus diferencias, respetando sus derechos y los nuestros, lo que facilita la integración y el buen ambiente para el desempeño laboral



**PLANES
PLAN DE GESTION GERENCIAL 2020-2023**

CÓDIGO: P-GG 01

VERSIÓN: 1

FECHA:

TRD: 20-06.02

PÁGINA: 7 de 32

MARCO LEGAL

Para la formulación del Plan de Gestión del Hospital Departamental San Rafael de Zarzal E.S.E. se hace necesario remitirnos al Artículo 49 de la Constitución Política de Colombia, que establece que la salud es un servicio público a cargo del Estado, garantizando el acceso y la protección de este; artículo 344 de la constitución política de Colombia: Los organismos departamentales de planeación harán la evaluación de gestión y resultados sobre los planes y programas de desarrollo e inversión de los departamentos y municipios. En cumplimiento del mandato constitucional posteriormente se expedirán:

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

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

Ley 1438 de 2011: "Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Artículo 72: Elección y evaluación de directores o gerentes de hospitales. ARTÍCULO 73. Procedimiento para la aprobación del plan de gestión de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial. Artículo 74. Evaluación del plan de gestión del director o gerente de Empresas Sociales del Estado del orden territorial.

Resolución 710 de 2012: Por medio del cual se adoptan las condiciones y metodología para la elaboración y presentación 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 medio de la cual se modifica la Resolución 710 de 2012, los anexos 2, 3 y 4 contenidos en la misma y se dictan otras disposiciones.

Resolución 408 del 15 de febrero de 2018 Por la cual se modifica la resolución 710, modificada por la resolución 743 de 2013 y se dictan otras disposiciones

OBJETIVO

El objetivo de la elaboración de este instrumento de Planificación es definir con criterios y principios de necesidad, realidad y factibilidad el Plan de El Gestión del Hospital Departamental San Rafael de Zarzal E.S.E., para el periodo 2020-2023, en el que se identifiquen los compromisos de la Gerencia relacionados con la viabilidad financiera,



**HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE ZARZAL
E.S.E.
Nit: 891900441-1**

**PLANES
PLAN DE GESTION GERENCIAL 2020-2023**

CÓDIGO: P-GG 01

VERSIÓN: 1

FECHA:

TRD: 20-06.02

PÁGINA: 8 de 32



calidad y eficiencia en la prestación de servicios de salud, en las áreas de Dirección y Gerencia, Financiera y Administrativa, y Gestión Clínica Asistencial.

PROPOSITOS

GENERAL

Establecer los compromisos de gestión, acorde a lo dispuesto en la Ley 1438 de 2011 y la Resolución 710 de 2012, la Resolución 743 de 2013 y la Resolución 408 del 2018 y sus anexos técnicos, en lo correspondiente a la presentación, aprobación y evaluación del Plan de Gestión que debe ser ejecutado por el Gerente del Hospital Departamental San Rafael de Zarzal E.S.E., durante el periodo 2020-2023, para el cual fue nombrado mediante Decreto No.1-3-0789 De fecha abril 29 de 2020 y Acta de Posesión No. 0296 De fecha abril 30 de 2020.

ESPECIFICOS

1. Identificar en las áreas de gestión, las líneas base consolidadas a partir del diagnóstico actual de la Entidad bajo 20 indicadores de la Resolución 743 de 2013.
2. Lograr organizar las diferentes actividades realizadas en el Hospital Departamental San Rafael de Zarzal E.S.E., de manera lógica, sencilla y sistemática, que facilite su control y mejora continua.
3. Generar a partir del planteamiento del Plan, un proceso de construcción de las metas, estrategias y actividades que permitan integrar a los responsables de los diferentes procesos de la Institución, como medida que garantice el logro del estándar para cada indicador.
4. Proporcionar información y elementos de medición para el monitoreo seguimiento y evaluación de los Planes Operativos e introducir ajustes en la programación y ejecución de las acciones Institucionales, dada su relación con el Plan de Desarrollo Institucional.

LINEAMIENTOS METODOLÓGICOS

Las Resoluciones 710 de 2012, 743 de 2013, y 408 del 2018 expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, definen los criterios y metodologías para la elaboración y presentación del Plan de Gestión por parte de los Gerentes de las Empresas Sociales del



**PLANES
PLAN DE GESTION GERENCIAL 2020-2023**

CÓDIGO: P-GG 01 | VERSIÓN: 1 | FECHA: | TRD: 20-06-02 | PÁGINA: 9 de 32

Estado. Este documento determina los compromisos, metas y actividades a alcanzar para el periodo objeto de evaluación, con el fin de cuantificar periódicamente (Anual), los resultados obtenidos, relacionados con la viabilidad financiera, la calidad y eficiencia en la prestación de los servicios de salud, en tres áreas:

- ✚ Dirección y Gerencia 20%.
- ✚ Gestión Financiera y Administrativa 40%.
- ✚ Gestión Clínica y Asistencial 40%.

La formulación del Plan por área de Gestión incluye la Identificación del Indicador, seguido del diagnóstico o situación actual, fórmula, actividades, línea base, meta y observaciones.

La metodología empleada para recolectar la información de los diferentes indicadores que integran el plan de gestión gerencial se realizará a través de los siguientes mecanismos:

- ✚ Se analizó el comportamiento de cada uno de los indicadores relacionados con cada Área de Gestión para establecer la línea base y posteriormente formular el Plan de Gestión.
- ✚ Impresión de los soportes de cada una de las fuentes de información de acuerdo a los indicadores establecidos en la Resolución 743 de 2013.
- ✚ Solicitud de certificados al Ministerio de Salud y Protección Social, para el soporte en el cumplimiento de términos en la presentación de informes rendidos.

Para todos los indicadores objeto del presente Plan de Gestión Gerencial, las evidencias de la línea base consignada, reposan en la fuente de información reportada en las fichas respectivas.

FORMULACIÓN DEL PLAN

GESTIÓN DE DIRECCIÓN Y GERENCIA

Cumplimiento de los logros estratégicos, desarrollo e implementación del Sistema de Garantía de la Calidad.

El objetivo de esta área es el de implementar y mantener la unidad de objetivos e intereses de la organización en torno a la Misión y Objetivos institucionales, establece las políticas, el



**HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE ZARZAL
E.S.E.
Nit: 891900441-1**

**PLANES
PLAN DE GESTION GERENCIAL 2020-2023**

CÓDIGO: P-GG 01

VERSIÓN: 1

FECHA:

TRD: 20-06.02

PÁGINA: 10 de 32



direcccionamiento de la entidad, y se fundamenta en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, como un componente que plantea un modelo de excelencia y óptimo rendimiento en la calidad de la prestación de los servicios en salud.

Se presta especial atención como estrategia de control y soporte al desarrollo institucional, el fortalecimiento del sistema de Información a través de monitoreo y planeación de la gestión de los procesos de prestación de los servicios, administrativos y financieros.

INDICADOR 1

MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD APLICABLE A ENTIDADES NO ACREDITADAS CON AUTOEVALUACIÓN EN LA VIGENCIA ANTERIOR.

La auditoría se define como un componente de mejoramiento continuo en nuestro Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, entendida como el mecanismo sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de estándares de calidad "concordante con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superiores a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación".

Los prestadores de servicios deberán definir, desarrollar y evaluar los niveles de autocontrol y auditoría interna y las acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales que permitan a la organización identificar sus principales problemas de calidad (procesos prioritarios), conocer su desempeño actual (calidad observada) e implementar planes de mejoramiento que les permitan disminuir la brecha con respecto a las metas de cumplimiento establecidas (calidad esperada).

INDICADOR NRO. 1	MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD APLICABLE A ENTIDADES NO ACREDITADAS CON AUTOEVALUACIÓN EN LA VIGENCIA ANTERIOR.							
Formula	Promedio de la calificación de la autoevaluación en la vigencia /Promedio de la calificación de la auto evaluación en la vigencia anterior.							
Observaciones/ Análisis de la Situación actual	El Hospital viene desarrollando el programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad basado en la Resolución 123 de 2012, por la cual se adopta el nuevo Manual Único de Estándares Ambulatorio y Hospitalario del Ministerio de Salud y Protección Social y las directrices de la Circular 012 de agosto 4 de 2016 de la Supersalud, en la cual establece el reporte obligatorio de la ejecución del PAMEC.							
ESTÁNDAR PROPUESTO >=1.20								
META ESTABLECIDA PARA CADA VIGENCIA								
2020	2021	2022	2023					
>=1.20	>=1.20	>=1.20	>=1.20					
PROYECCIÓN DE LA CALIFICACIÓN								
>=1.20	>=1.20	>=1.20	>=1.20					
LÍNEA BASE	1.14							



**HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE ZARZAL
E.S.E.
Nit: 891900441-1**

**PLANES
PLAN DE GESTION GERENCIAL 2020-2023**

CÓDIGO: P-GG 01

VERSIÓN: 1

FECHA:

TRD: 20-06.02

PÁGINA: 11 de 32



Actividades a desarrollar	<ul style="list-style-type: none">✚ Mejorar la prestación de los servicios de salud, enfocados en procesos con calidad, mejoramiento continuo y atención centrada en el usuario bajo procesos tendientes a cumplir estándares de acreditación en salud.✚ Realizar capacitación en autoevaluación con estándares de acreditación, incluyendo las actualizaciones.✚ Suscribir Planes de Mejoramiento basados en las no conformidades evidenciadas en la autoevaluación.✚ Conformar los equipos de Autoevaluación acorde con los grupos de estándares aplicables a la ESE✚ Autoevaluar anualmente los estándares de Acreditación.✚ Establecer y registrar las fortalezas ajustadas a los estándares y oportunidades de mejora✚ Analizar las necesidades de información de cada una de las áreas de gestión.✚ Articular el Sistema de información, a las áreas de gestión de acuerdo a las necesidades de información evidenciadas.
FUENTE DE INFORMACIÓN	Documento de autoevaluación
RESPONSABLES	Responsable del Proceso de Calidad

INDICADOR 2

EFFECTIVIDAD EN LA AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD.

La auditoría en particular y el Sistema de Garantía de Calidad en general de nuestro país apuntan específicamente hacia la atención en salud definida como “el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población”. La auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud es un componente de mejoramiento continuo en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud; esto tiene implicaciones conceptuales y metodológicas:

-El Mejoramiento Continuo de la Calidad (MCC) comprende un conjunto de principios que deben llevar a las organizaciones a pensar más allá de la evaluación de la calidad o de establecer guías o protocolos de seguimiento que sirven únicamente para la inspección.

-El MCC debe ser visto como un proceso de Autocontrol, centrado en el cliente y sus necesidades, que lo involucra en sus actividades, y que consiste en la identificación permanente de aspectos del proceso que resulten susceptibles de mejoramiento, con el fin de establecer los ajustes necesarios y superar las expectativas de dichos clientes.



**HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE ZARZAL
E.S.E.
Nit: 891900441-1**

**PLANES
PLAN DE GESTION GERENCIAL 2020-2023**

CÓDIGO: P-GG 01

VERSIÓN: 1

FECHA:

TRD: 20-06.02

PÁGINA: 12 de 32



INDICADOR NRO. 2	EFECTIVIDAD EN LA AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD.							
Formula	Número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas/ total de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoría registrados en el PAMEC							
Observaciones/ Análisis de la Situación actual	<p>El Hospital ha definido mecanismos para el seguimiento y evaluación del cumplimiento del plan de auditoria con enfoque en el componente de Acreditación y los planes de mejora derivados de la autoevaluación de los estándares, dichos seguimientos son realizados por la Oficina de Calidad, quien realiza el monitoreo de los planes de mejora, revisando con los líderes la eficacia en el cumplimiento de acciones.</p> <p>De igual forma, hace seguimiento a la efectividad a través del resultado de los indicadores relacionados con el grupo de estándares trabajados en las oportunidades de mejora estableciendo no solo cumplimiento de las acciones sino también el impacto que se espera como institución producto de la implementación de las mismas.</p>							
ESTÁNDAR PROPUESTO >=0.90								
META ESTABLECIDA PARA CADA VIGENCIA								
2020	2021	2022	2023					
>=0.90	>=0.90	>=0.90	>=0.90					
PROYECCIÓN DE LA CALIFICACIÓN								
>=0.90	>=0.90	>=0.90	>=0.90					
LÍNEA BASE	0.95							
Actividades a Desarrollar	<ul style="list-style-type: none">✚ Definir las auditorias de calidad a los procesos prioritarios con un instrumento, variables y calificación que permitan medir los avances en los procesos priorizados y realizar seguimiento al cumplimiento de los planes de mejoramientos.✚ Definir las acciones de mejoramiento para las oportunidades de mejora priorizadas de los estándares de acreditación.✚ Identificar las posibles barreras o limitantes de las acciones de mejoramiento establecidas.✚ Definir cronograma de ejecución de las acciones de mejoramiento.✚ Hacer el seguimiento al cumplimiento y avance en las acciones de mejora establecidas.✚ Realizar seguimiento trimestral de los planes de mejoramiento.✚ Realizar la retroalimentación a los equipos de mejora, y tomar los ajustes necesarios cuando se presenten desviaciones.✚ Ejecutar socializaciones de los avances en los planes de mejoramiento y realizar cierre anual de las auditorias.✚ Realizar los planes de mejoramientos derivados de la autoevaluación✚ Articular los procesos de Auditoria Interna del sistema de Gestión de Calidad con sus diferentes acciones correctivas y planes de mejoramiento, al Sistema de Gestión de Calidad implementado en la institución.							



PLANES
PLAN DE GESTION GERENCIAL 2020-2023

CÓDIGO: P-GG 01

VERSIÓN: 1

FECHA:

TRD: 20-06.02

PÁGINA: 13 de 32

FUENTE DE INFORMACIÓN	Certificado de la Oficina de Calidad u Oficina de Control Interno sobre el cumplimiento de los planes de mejoramiento continuo implementados con enfoque en acreditación.
RESPONSABLES	Responsable del Proceso Calidad; Equipos PAMEC; Oficina de Control Interno

INDICADOR 3

GESTIÓN DE EJECUCIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL.

El plan de desarrollo institucional es la carta de navegación, que le permite al gerente y su equipo directivo tomar decisiones oportunas. La planeación nace de la información que se tiene tanto del ambiente externo como interno y del diagnóstico situacional de la institución para saber en dónde estamos y a donde queremos llegar.

En este contexto es importante resaltar que el Plan de Desarrollo 2020-2023 se orienta a objetivos estratégicos a saber: Fortalecimiento de la gestión institucional, el fortalecimiento de la gestión administrativa y el fortalecimiento de las condiciones para la prestación de los servicios de salud.

INDICADOR NRO. 3		GESTIÓN DE EJECUCIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL			
Formula		Número de metas del Plan Operativo anual cumplidas/ Número de metas del Plan operativo anual programadas.			
Observaciones/ Análisis de la Situación actual		El Plan de Desarrollo Institucional formulado para el periodo 2018 – 2019 alcanzó un cumplimiento del 58% en la vigencia 2019 teniendo en cuenta que para la vigencia 2018 no fue evaluado.			
ESTÁNDAR PROPUESTO >=0.90					
META ESTABLECIDA PARA CADA VIGENCIA		2020	2021	2022	2023
>=0.90		>=0.90		>=0.90	
PROYECCIÓN DE LA CALIFICACIÓN					
>=0.90		>=0.90		>=0.90	
LÍNEA BASE		75,15%			
Actividades a Desarrollar		<ul style="list-style-type: none">⊕ Elaborar un diagnóstico integral que refleje la realidad de la institución y contribuya a los componentes estratégicos de la planeación.⊕ Establecer estrategias, actividades y metas⊕ Formulación del Plan de desarrollo Institucional 2020-2023⊕ Construcción del Plan Operativo Institucional y los planes operativos por áreas, servicios y/o procesos			



**HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE ZARZAL
E.S.E.
Nit: 891900441-1**

**PLANES
PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL 2020-2023**

CÓDIGO: P-GG 01

VERSIÓN: 1

FECHA:

TRD: 20-06.02

PÁGINA: 14 de 32



	<ul style="list-style-type: none">✚ Capacitar en la metodología para la formulación de los Planes Operativos Anuales-POA.✚ Monitoreo sistemático al comportamiento de indicadores✚ Evaluación y seguimiento del Plan de Desarrollo Institucional
FUENTE DE INFORMACIÓN	Informe del Responsable de planeación del Hospital, de lo contrario, informe de Control Interno de la entidad.
RESPONSABLES	Responsable de Planeación

GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA

Orienta la gestión de la administración de los recursos requeridos para la adecuada prestación de los servicios de salud y en igual forma al cumplimiento de las obligaciones laborales, legales y rendición de cuentas. Involucra los procesos y recursos administrativos y de logística, necesarios y suficientes para desarrollar las actividades, alcanzar los objetivos y ejecutar las metas de la ESE.

INDICADOR 4

RIESGO FISCAL Y FINANCIERO.

El Ministerio de Salud y Protección Social a través de la Resolución 2184 de 2016 efectúa la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado para la vigencia 2016, con corte a 30 de mayo de 2016, a partir de los establecido en el artículo 80 de la Ley 1438 de 2011 que expresa "El Ministerio de la Protección Social determinará y comunicará a las direcciones departamentales, municipales y distritales de salud, a más tardar el 30 de mayo de cada año, el riesgo de las Empresas Sociales del Estado teniendo en cuenta sus condiciones de mercado, de equilibrio y viabilidad financiero, a partir de sus indicadores financieros, sin perjuicio de la evaluación por indicadores de salud establecida en la mencionada ley".

Con esta categorización, se busca cumplir con lo reglamentado en el artículo 219 de la Ley 1753 de 2015 o Plan de Desarrollo y la Resolución 5597 de 2015, para que las ESE puedan presentar un Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero ante el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

Para realizar la categorización de las ESE, el Ministerio de Salud y Protección Social se basó en la metodología establecida a través de la Resolución 2509 de 2012 modificada por la Resolución 2090 de 2014.



**HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE ZARZAL
E.S.E.
Nit: 891900441-1**



**PLANES
PLAN DE GESTION GERENCIAL 2020-2023**

CÓDIGO: P-GG 01

VERSIÓN: 1

FECHA:

TRD: 20-06.02

PÁGINA: 15 de 32

INDICADOR NRO. 4		Riesgo Fiscal y Financiero.							
Formula		Categorización de la ESE por parte del Ministerio de Salud y Protección Social en Cuanto a la Categorización del Riesgo.							
Observaciones/ Análisis de la Situación actual		Año 2018 Resolución 1342 -2019(con información cierre año 2018) sin Riesgo Se debe tomar como base la resolución 1342 del 2019 teniendo en cuenta que para el año 2019 se expidió la Resolución 856-2020 "Por medio del cual se suspenden términos administrativos y jurisdiccionales en sede administrativa como consecuencia de la emergencia sanitaria por el COVID-19" Por lo tanto no hay categorización de riesgo fiscal y financiero para esta vigencia.							
ESTÁNDAR PROPUESTO: SIN RIESGO									
META ESTABLECIDA PARA CADA VIGENCIA									
2020	2021	2022	2023						
Sin riesgo	Sin riesgo	Sin riesgo	Sin riesgo						
PROYECCIÓN DE LA CALIFICACIÓN									
Sin riesgo	Sin riesgo	Sin riesgo	Sin riesgo						
LÍNEA BASE		Año 2018 Resolución 1342 (con información cierre año 2018) sin Riesgo							
Actividades a desarrollar		<ul style="list-style-type: none">✚ Fortalecer el recaudo mediante el mejoramiento en el proceso de facturación, radicación y respuesta de glosas.✚ Generar lineamientos de austeridad, control y racionalidad en el gasto.✚ Realizar análisis y plan de mejoramiento de acuerdo a los resultados y la calificación.✚ Establecer metodología de priorización y seguimiento a las acciones del plan de mejoramiento.✚ Optimizar la capacidad instalada a fin de lograr un incremento en la producción.✚ Sensibilizar a los funcionarios en el uso racional, adecuado y efectivo de los recursos.							
FUENTE DE INFORMACIÓN		Acto Administrativo mediante el cual determina el riesgo de las Empresas Sociales del Estado							
RESPONSABLES		Subgerencia Administrativa; Área financiera							

INDICADOR 5

EVOLUCIÓN DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO PRODUCIDA

Establece el Total Gastos Comprometidos (en millones de pesos de año evaluado), sobre el /No. De UVR Producidas en la vigencia) y lo compara con la vigencia anterior. Las Unidades de Valor relativo producida, las homologa por nivel de atención, con el fin de unificar la producción de los hospitales.



**HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE ZARZAL
E.S.E.
Nit: 891900441-1**

**PLANES
PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL 2020-2023**

CÓDIGO: P-GG 01

VERSIÓN: 1

FECHA:

TRD: 20-06.02

PÁGINA: 16 de 32



INDICADOR NRO. 5		EVOLUCIÓN DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO PRODUCIDA							
Formula		[(Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en el año objeto de la evaluación/ número de UVR producidas en la vigencia) / (Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia anterior en valores constantes del año objeto de evaluación / número de UVR producidas en la vigencia anterior)]							
Observaciones/ Análisis de la Situación actual		A pesar de no generar situación negativa para la gestión Institucional, se debe generar una alerta para el Área Financiera y Asistencial del Hospital en razón al seguimiento que se debe hacer a los gastos en general y como se generan estrategias de incremento en la producción de servicios.							
ESTÁNDAR PROPUESTO: <=0.90									
META ESTABLECIDA PARA CADA VIGENCIA									
2020	2021	2022	2023						
<=0.90	<=0.90	<=0.90	<=0.90						
PROYECCIÓN DE LA CALIFICACIÓN									
<=0.90	<=0.90	<=0.90	<=0.90						
LÍNEA BASE	1.04								
Actividades a Desarrollar	<ul style="list-style-type: none">✚ Verificar los costos de producción acorde a los servicios prestados✚ Fortalecimiento de los procesos asociados a monitoreo de centros de costo✚ Fortalecimiento de los procesos de facturación y cartera.✚ Seguimiento permanente y continuo a indicadores de las áreas.✚ Definir indicadores de seguimiento por servicio✚ Seguimiento a la productividad de la institución.								
FUENTE DE INFORMACIÓN	Ficha técnica de la Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social								
RESPONSABLES	Subgerencia Administrativa; Área financiera.								

INDICADOR 6

PROPORCIÓN DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MÉDICO QUIRÚRGICO ADQUIRIDO MEDIANTE MECANISMOS DE COMPRAS CONJUNTAS, A TRAVÉS DE COOPERATIVAS DE EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO Y/O MECANISMOS ELECTRÓNICOS.

A través de este indicador se busca la eficiencia y transparencia en la contratación, adquisiciones y compras de las Empresas Sociales del Estado, para lo cual pueden asociarse entre sí, constituir cooperativas o utilizar sistemas de compras electrónicas o cualquier otro mecanismo que beneficie a las entidades con economías de escala,



**HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE ZARZAL
E.S.E.
Nit: 891900441-1**

**PLANES
PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL 2020-2023**

CÓDIGO: P-GG 01

VERSIÓN: 1

FECHA:

TRD: 20-06.02

PÁGINA: 17 de 32



calidad, oportunidad y eficiencia, respetando los principios de la actuación administrativa y la contratación pública.

Indicador Nro. 6	Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquirido mediante mecanismos de compras conjuntas, a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado y/o mecanismos electrónicos.		
Formula	Valor total de adquisiciones de medicamentos y material médico-quirúrgico realizadas mediante uno o más de los siguientes mecanismos (a) compras conjuntas (b) compras a través de cooperativas de ESE, (c) compras a través de mecanismos electrónicos/ Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico-quirúrgico.		
Observaciones/ Análisis de la Situación actual	Para la vigencia 2019, el Hospital no adquirió medicamentos y material médico quirúrgicos mediante mecanismos de compras conjuntas y/o a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado y/o mecanismos electrónicos, por lo que la meta para este indicador no se cumplió		
ESTÁNDAR PROPUESTO: >=0.70			
META ESTABLECIDA PARA CADA VIGENCIA			
2020 >=0.70	2021 >=0.70	2022 >=0.70	2023 >=0.70
PROYECCIÓN DE LA CALIFICACIÓN			
>=0.70	>=0.70	>=0.70	>=0.70
LINEA BASE	0.0		
Actividades a Desarrollar	<ul style="list-style-type: none">➡ Fortalecimiento del proceso de compras de la entidad➡ Establecer estrategias de negociación y convenios que permitan la adquisición de medicamentos e insumos mediante economía de escala➡ Evaluación regular de proveedores➡ Evaluación de la viabilidad de la implementación de mecanismos de compra electrónica para la entidad.		
FUENTE DE INFORMACIÓN	Informe del responsable del área de compras, firmado por el Revisor Fiscal.		
RESPONSABLES	Subgerencia Administrativa; Área financiera y Compras		

INDICADOR 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.



**HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE ZARZAL
E.S.E.
Nit: 891900441-1**

**PLANES
PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL 2020-2023**

CÓDIGO: P-GG 01

VERSIÓN: 1

FECHA:

TRD: 20-06.02

PÁGINA: 18 de 32



El capital humano es primordial para el desarrollo de los objetivos estratégicos y fundamental para la prestación de servicios, por lo tanto, se requiere que el pago por concepto de su remuneración se realice de manera oportuna para todos los colaboradores, independiente del tipo de vinculación.

INDICADOR NRO.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		
Formula	Para la vigencia 2018 la variación del monto de la deuda superior a 30 días a personal de planta y contratistas fue de \$633.518.542. Para la vigencia 2019 el monto de la deuda superior a 30 días al personal de planta y contratistas fue de \$441.811.650		
Observaciones/ Análisis de la Situación actual	La gestión financiera, respecto de los recaudos y lausteridad del gasto, han mantenido los periodos de pago al personal de forma puntual, se espera continuar respondiendo oportunamente con estos pagos.		
ESTÁNDAR PROPUESTO: Cero			
META ESTABLECIDA PARA CADA VIGENCIA			
2020	2021	2022	2023
\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
PROYECCIÓN DE LA CALIFICACIÓN			
LINEA BASE	\$ 0		
Actividades a desarrollar	<ul style="list-style-type: none">✚ Gestionar los recursos suficientes que garanticen la liquidez del Hospital✚ Control de gastos.✚ Monitoreo permanente y continuo a los procesos de recaudo.✚ Seguimiento a la productividad de la institución✚ Fortalecimiento de los sistemas de información de la entidad hospitalaria.		
FUENTE DE INFORMACIÓN	Certificación de Revisoría Fiscal.		
RESPONSABLES	Subgerencia Administrativa Revisoría Fiscal Área financiera		

INDICADOR 8

UTILIZACIÓN DE INFORMACIÓN DE REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIONES RIPS.

Es el conjunto de datos mínimos y básicos que el Sistema General de Seguridad Social en Salud requiere para los procesos de dirección, regulación y control, y como soporte de la venta de servicios, cuya denominación, estructura y características se ha unificado y estandarizado para todas las entidades en cumplimiento de la Resolución 3374 de 2000.



**HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE ZARZAL
E.S.E.
Nit: 891900441-1**

**PLANES
PLAN DE GESTION GERENCIAL 2020-2023**

CÓDIGO: P-GG 01

VERSIÓN: 1

FECHA:

TRD: 20-06.02

PÁGINA: 19 de 32



El RIPS provee los datos que se requieren para hacer seguimiento a la prestación de servicios de salud en el marco del SGSSS. Su objetivo es servir de herramienta para la determinación del perfil de morbilidad y producción de servicios. Si bien se hacen incesantes esfuerzos por obtener información que permita la más adecuada planeación y organización de la prestación de servicios de salud, se ve limitada por la calidad en el registro y las restricciones del Sistema de Información actual, por lo cual la ESE continua realizando los esfuerzos para promover la oportunidad y calidad del registro generado por la atención en salud.

INDICADOR NRO.8		UTILIZACIÓN DE INFORMACIÓN DE REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIONES RIPS.							
Formula		Número de informes del análisis de la prestación de servicios de la ESE a la junta directiva con base en RIPS en la vigencia							
Observaciones/ Análisis de la Situación actual		Se llevó a cabo un trabajo conjunto de las Áreas de Subgerencia Científica y Estadística, encargándose de la recolección, revisión, análisis y elaboración de los informes presentados durante la vigencia. El resultado de este trabajo arrojó la presentación de cinco (5) informes bimestrales comparativos de producción para el consolidado de la vigencia 2019, los cuales fueron entregados a la Junta Directiva.							
ESTÁNDAR PROPUESTO: 4 informes									
META ESTABLECIDA PARA CADA VIGENCIA									
2020	2021	2022	2023						
4	4	4	4						
PROYECCIÓN DE LA CALIFICACIÓN									
4	4	4	4						
LINEA BASE		5 (2019)							
Actividades a Desarrollar		<ul style="list-style-type: none">✚ Capacitar, socializar, sensibilizar y retroalimentar a los profesionales de salud en el registro de la información.✚ Estandarizar el proceso de generación de informes a partir del Registro Individual de Prestaciones✚ Fortalecimiento de los procesos de captura de información.✚ Seguimiento a cronogramas de entrega de informes✚ Articulación efectiva de la información mediante el fortalecimiento del proceso estadístico.✚ Consolidar y analizar la información generada en los RIPS, con presentación de informe a la Junta Directiva.							
FUENTE DE INFORMACIÓN		Informe de responsable de Planeación de la ESE o quien haga sus veces. Actas de Junta Directiva.							
RESPONSABLES		Gerencia Subgerencia administrativa							



**HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE ZARZAL
E.S.E.
Nit: 891900441-1**



**PLANES
PLAN DE GESTION GERENCIAL 2020-2023**

CÓDIGO: P-GG 01

VERSIÓN: 1

FECHA:

TRD: 20-06.02

PÁGINA: 20 de 32

Planeación
Estadística

INDICADOR 9

RESULTADO EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO.

Este indicador permite evaluar que la financiación de los gastos incluyendo las cuentas por pagar de las vigencias anteriores, comparado con el recaudo de ingresos recaudados durante la vigencia, incluyendo las cuentas por cobrar de vigencias anteriores permanezca en equilibrio.

INDICADOR NRO.9	RESULTADO EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO.		
Formula	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (incluye recaudo de CxC de vigencias anteriores)/ Valor de la ejecución de gastos comprometidos incluyendo CxP de vigencias anteriores.		
Observaciones/ Análisis de la Situación actual	La meta que establece la Resolución 408 de 2018 para este indicador está en un resultado al final del ejercicio mayor o igual a uno (>1) y el Hospital obtuvo un resultado de 0,75, lo que quiere decir que no se logró mantener el equilibrio presupuestal con relación a los ingresos totales recaudados y los gastos comprometidos en la vigencia, lo que requiere que se generen más esfuerzos por parte del Hospital para llegar al cumplimiento de este indicador.		
ESTÁNDAR PROPUESTO: $>=1$			
META ESTABLECIDA PARA CADA VIGENCIA			
2020	2021	2022	2023
$>=1.00$	$>=1.00$	$>=1.00$	$>=1.00$
PROYECCIÓN DE LA CALIFICACIÓN			
$>=1.00$	$>=1.00$	$>=1.00$	$>=1.00$
LINEA BASE	0,75 vigencia 2015		
Actividades a Desarrollar	<ul style="list-style-type: none">⊕ Planeación del presupuesto basado en datos históricos⊕ Verificar contratación actual y mejorar políticas de venta de servicios.⊕ Prever situaciones que afecten directamente los ingresos y gastos⊕ Implementar un Plan de Austeridad del Gasto.⊕ Realizar reincidencia, seguimiento y evaluación del proceso de facturación.⊕ Verificar los costos de producción acorde a los servicios prestados.		



**HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE ZARZAL
E.S.E.
Nit: 891900441-1**



**PLANES
PLAN DE GESTION GERENCIAL 2020-2023**

CÓDIGO: P-GG 01

VERSIÓN: 1

FECHA:

TRD: 20-06.02

PÁGINA: 21 de 32

	<ul style="list-style-type: none">✚ Conciliaciones de cartera (saldos-pagos-glosas-consignaciones por identificar).✚ Realizar el proceso de saneamiento contable.✚ Evaluar el plan anual de adquisiciones y su comportamiento.
FUENTE DE INFORMACIÓN	Ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social.
RESPONSABLES	Subgerencia administrativa Área de cartera Área financiera

INDICADOR 10

OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE REPORTE DE INFORMACIÓN EN CUMPLIMIENTO DE LA CIRCULAR ÚNICA EXPEDIDA POR LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD O LA NORMA QUE LA SUSTITUYA.

De conformidad con los requisitos de autorización de las Entidades Promotoras de Salud, el numeral c, artículo 180 de la Ley 100 de 1993, señala que las entidades deben evaluar sistemáticamente la calidad de los servicios que ofrece a sus usuarios.

Adicionalmente, el numeral 6, artículo 178 de la ley 100 de 1993, determina entre otras como función de las Entidades Promotoras de Salud, "Establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud".

Dentro de los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud, se encuentra el Sistema de la Información para la Calidad, con el objetivo de estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector y para que los usuarios conozcan el sistema, sus deberes y derechos y los niveles de calidad de los que prestan los servicios, la institución está obligada a suministrar los datos requeridos para el funcionamiento del SOGCS, de conformidad con las directrices impartidas mediante la circular única.

INDICADOR NRO.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
Formula	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente.
Observaciones/ Análisis de la Situación actual	Durante la vigencia 2019 se cumplió con lo establecido y se envió la totalidad de la información de manera oportuna, en



**HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE ZARZAL
E.S.E.
Nit: 891900441-1**



**PLANES
PLAN DE GESTION GERENCIAL 2020-2023**

CÓDIGO: P-GG 01

VERSIÓN: 1

FECHA:

TRD: 20-06.02

PÁGINA: 22 de 32

	cumplimiento de la Circular 0256 de 2016 de la Superintendencia Nacional de Salud.							
ESTÁNDAR PROPUESTO: CUMPLIMIENTO DENTRO DE LOS TERMINOS PREVISTOS								
META ESTABLECIDA PARA CADA VIGENCIA								
2020	2021	2022	2023					
NO EXTEMPORANEO	NO EXTEMPORANEO	NO EXTEMPORANEO	NO EXTEMPORANEO					
PROYECCIÓN DE LA CALIFICACIÓN								
NO EXTEMPORANEO	NO EXTEMPORANEO	NO EXTEMPORANEO	NO EXTEMPORANEO					
LÍNEA BASE	NO EXTEMPORÁNEO							
Actividades a Desarrollar	<ul style="list-style-type: none">✚ Reportar de manera oportuna el informe semestral en el aplicativo de la Superintendencia Nacional de Salud.✚ Fortalecer los procesos de captura de información✚ Realizar Seguimiento a cronogramas de entrega de informes✚ Articulación efectiva de la información mediante el fortalecimiento del proceso estadístico.✚ Realizar análisis y retroalimentación a los datos arrojados por el sistema.							
FUENTE DE INFORMACIÓN	Superintendencia Nacional de Salud							
RESPONSABLES	Estadística Sistemas Control Interno							

INDICADOR 11

OPORTUNIDAD EN EL REPORTE DE INFORMACIÓN EN CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 2193 DE 2004, O LA NORMA QUE LA SUSTITUYA.

El objeto del reporte de la información del Decreto 2193 de 2004, es realizar el seguimiento y evaluación de la gestión de las instituciones prestadoras de servicios de salud, igualmente evaluar el impacto del desarrollo de la política de prestación de servicios de salud, dicha información se debe de presentar a la Secretaría de Salud Departamental bajo los procedimientos y términos establecidos por la norma. En el establecimiento de la línea base se evidencio que se realiza el reporte de la información dentro de los términos previstos.

INDICADOR NRO.11	OPORTUNIDAD EN EL REPORTE DE INFORMACIÓN EN CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 2193 DE 2004 O LA NORMA QUE LA SUSTITUYA.
Formula	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente



**HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE ZARZAL
E.S.E.
Nit: 891900441-1**



**PLANES
PLAN DE GESTION GERENCIAL 2020-2023**

CÓDIGO: P-GG 01

VERSIÓN: 1

FECHA:

TRD: 20-06.02

PÁGINA: 23 de 32

Observaciones/ Análisis de la Situación actual	Durante la vigencia 2019 se cumplió con lo establecido y se envió la totalidad de la información de manera oportuna, en cumplimiento al Decreto 2193 de 2004 de la Superintendencia Nacional de Salud.							
ESTÁNDAR PROUESTO: CUMPLIMIENTO DENTRO DE LOS TERMINOS PREVISTOS								
META ESTABLECIDA PARA CADA VIGENCIA								
2020	2021	2022	2023					
NO EXTEMPORANEO	NO EXTEMPORANEO	NO EXTEMPORANEO	NO EXTEMPORANEO					
PROYECCIÓN DE LA CALIFICACIÓN								
NO EXTEMPORANEO	NO EXTEMPORANEO	NO EXTEMPORANEO	NO EXTEMPORANEO					
LÍNEA BASE	NO EXTEMPORANEO							
Actividades a Desarrollar	<ul style="list-style-type: none">+ Realizar seguimiento a través del cronograma de informes y responsables.+ Conciliar la información de manera permanente entre las áreas+ Dar cumplimiento al cronograma establecido para el reporte de la información mensual, trimestral, semestral y anual del Decreto 2193.							
FUENTE DE INFORMACIÓN	Ministerio de Salud y Protección Social							
RESPONSABLES	Estadística; Oficina Jurídica; Control Interno							

GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL

Son las relacionadas con el conjunto de procesos orientados a la prestación de servicios salud a los usuarios, en concordancia con su nivel de complejidad, portafolio de servicios y capacidad resolutiva a nivel asistencial.

Las actividades de la prestación de servicios de salud son aquellas relacionadas con los procesos misionales del hospital en concordancia con el nivel de complejidad y portafolio de servicios encaminado al cumplimiento de la misión institucional.

INDICADOR 12

EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO ESPECÍFICA PARA HEMORRAGIAS III TRIMESTRE O TRASTORNOS HIPERTENSIVOS GESTANTES.

Las alteraciones hipertensivas que acompañan al embarazo determinan una complicación obstétrica frecuente y de notable morbimortalidad materna y perinatal. Es



**HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE ZARZAL
E.S.E.
Nit: 891900441-1**

**PLANES
PLAN DE GESTION GERENCIAL 2020-2023**

CÓDIGO: P-GG 01

VERSIÓN: 1

FECHA:

TRD: 20-06.02

PÁGINA: 24 de 32



una entidad de prevalencia sostenida, a pesar de los grandes esfuerzos para su control, con la búsqueda de medidas preventivas. El pronóstico es susceptible de modularse mejorando el diagnóstico temprano.

INDICADOR NRO.12		EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO ESPECÍFICA PARA HEMORRAGIAS III TRIMESTRE O TRASTORNOS HIPERTENSIVOS GESTANTES.							
Formula		Número de historias clínicas auditadas, 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/Total historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con edad gestacional mayor de 27 semanas atendidas en la ESE con diagnóstico de hemorragia de III trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación.							
Observaciones/ Análisis de la Situación actual		Con la aplicación de herramientas para evaluación estricta de la guía de práctica clínica. Se continuó con la medición sistemática de la adherencia a la guía bajo la supervisión de la Subgerencia Científica y con la aplicación de las herramientas, obteniendo un resultado para el periodo evaluado del 100% de cumplimiento de los criterios de la Guía de atención en las Historias Clínicas evaluadas de las pacientes con este diagnóstico							
ESTÁNDAR PROPUESTO: >=0,80									
META ESTABLECIDA PARA CADA VIGENCIA									
2020	2021	2022	2023						
>=0,80	>=0,80	>=0,80	>=0,80						
PROYECCIÓN DE LA CALIFICACIÓN									
>=0,80	>=0,80	>=0,80	>=0,80						
LINEA BASE	1 (2019)								
Actividades a Desarrollar	<ul style="list-style-type: none">✚ Articular los procesos de Auditoria Interna del sistema de Gestión de Calidad con sus diferentes acciones correctivas y planes de mejoramiento.✚ Articular de los Sistemas de información.✚ Verificar la periodicidad de la realización de las reuniones del Comité de Historias Clínicas, de tal forma que quede agendada la revisión de este proceso.✚ Capacitar de todos los líderes de las áreas✚ Fortalecer del Comité de Historias Clínicas✚ Fortalecer la auditoria médica.✚ Establecer de planes de mejoramiento del proceso.								
FUENTE DE INFORMACIÓN	Informe del Comité de Historias Clínicas del Hospital								
RESPONSABLES	Comité de Historias Clínicas								



PLANES
PLAN DE GESTION GERENCIAL 2020-2023

CÓDIGO: P-GG 01

VERSIÓN: 1

FECHA:

TRD: 20-06.02

PÁGINA: 25 de 32

Subdirección Científica

INDICADOR 13

EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO DE LA PRIMERA CAUSA DE EGRESO HOSPITALARIO O DE MORBILIDAD ATENDIDA.

Las guías de práctica clínica se pueden definir como "declaraciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a los médicos y a los pacientes en la toma de decisiones, para una atención en salud apropiada en circunstancias clínicas concretas". Surgen ante la necesidad de reducir la variabilidad injustificada en la práctica clínica y mejorar la calidad del proceso asistencial. La implementación de las guías clínicas en la prestación de servicios de salud ha demostrado contribuir a mejorar la calidad de la atención, la efectividad de las decisiones clínicas y la disminución de los costos. Razón por la cual se debe generar un proceso sistemático de evaluación y aplicación de las mismas.

INDICADOR NRO.13	EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO DE LA PRIMERA CAUSA DE EGRESO HOSPITALARIO O DE MORBILIDAD ATENDIDA.							
Formula	Número de historias clínicas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de manejo adaptada por la ESE para el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia/Total Historias Clínicas auditadas de pacientes con el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la entidad en la vigencia.							
Observaciones/ Análisis de la Situación actual	Se dio continuidad a la aplicación de la Guía de práctica clínica infecciones del tracto urinario bajo en adultos y embarazadas. Por parte del comité de historias clínicas se realizó la auditoria a las Historias Clínicas para medir el resultado de la adherencia, el cual se logró en un 92%							
ESTÁNDAR PROPUESTO: >=0.80								
META ESTABLECIDA PARA CADA VIGENCIA								
2020	2021	2022	2023					
>=0,80	>=0,80	>=0,80	>=0,80					
PROYECCIÓN DE LA CALIFICACIÓN								
>=0,80	>=0,80	>=0,80	>=0,80					
LÍNEA BASE		0.92 (2019)						
Actividades a Desarrollar		<ul style="list-style-type: none">⊕ Articular los procesos de Auditoria Interna del sistema de Gestión de Calidad con sus diferentes acciones correctivas y planes de mejoramiento.⊕ Articular de los Sistemas de información.						



PLANES
PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL 2020-2023

CÓDIGO: P-GG 01

VERSIÓN: 1

FECHA:

TRD: 20-06.02

PÁGINA: 26 de 32



	<ul style="list-style-type: none">✚ Verificar la periodicidad de la realización de las reuniones del Comité de Historias Clínicas, de tal forma que quede agendada la revisión de este proceso.✚ Capacitar de todos los líderes de las áreas✚ Fortalecer del Comité de Historias Clínicas✚ Fortalecer la auditoría médica.✚ Establecer de planes de mejoramiento del proceso.
FUENTE DE INFORMACIÓN	Informe del Comité de Historias Clínicas del Hospital
RESPONSABLES	Comité de Historias Clínicas Subdirección Científica

INDICADOR 14

OPORTUNIDAD EN LA REALIZACIÓN DE APENDICETOMÍA

INDICADOR NRO.14		OPORTUNIDAD EN LA REALIZACIÓN DE APENDICETOMÍA			
Formula		Número de pacientes con diagnóstico de apendicitis al egreso a quienes se realizó la apendicetomía, dentro de las seis horas de confirmado el diagnóstico/Total de pacientes con diagnóstico de Apendicitis al egreso en la vigencia objeto de evaluación			
Observaciones/ Análisis de la Situación actual		El indicador se encuentra en 0,91% demostrando la garantía de la realización de la apendicetomía en tiempo menor a seis horas, con un tiempo mínimo de ejecución inmediato y el máximo en 8:27 horas.			
ESTÁNDAR PROPUESTO: >=0,90					
META ESTABLECIDA PARA CADA VIGENCIA		2020	2021	2022	2023
>=0,90		>=0,90	>=0,90	>=0,90	>=0,90
PROYECCIÓN DE LA CALIFICACIÓN					
>=0,80		>=0,80	>=0,80	>=0,80	>=0,80
LÍNEA BASE		0,91 (2019)			
Actividades a Desarrollar		<ul style="list-style-type: none">✚ Articular los procesos de Auditoria Interna del sistema de Gestión de Calidad con sus diferentes acciones correctivas y planes de mejoramiento.✚ Articular de los Sistemas de información.✚ Verificar la periodicidad de la realización de las reuniones del Comité de Historias Clínicas, de tal forma que quede agendada la revisión de este proceso.✚ Capacitar de todos los líderes de las áreas✚ Fortalecer del Comité de Historias Clínicas			



**PLANES
PLAN DE GESTION GERENCIAL 2020-2023**

CÓDIGO: P-GG 01

VERSIÓN: 1

FECHA:

TRD: 20-06.02

PÁGINA: 27 de 32

	<ul style="list-style-type: none">+ Fortalecer la auditoria médica.+ Establecer de planes de mejoramiento del proceso.
FUENTE DE INFORMACIÓN	Informe de Subdirección Científica del Hospital o quien haga sus veces
RESPONSABLES	Subdirección Científica

INDICADOR 15

NÚMERO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON NEUMONÍAS BRONCO ASPIRATIVAS DE ORIGEN INTRAHOSPITALARIO Y VARIACIÓN INTERANUAL.

INDICADOR NRO.15	NÚMERO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON NEUMONÍAS BRONCO ESPIRATIVAS DE ORIGEN INTRAHOSPITALARIO Y VARIACIÓN INTERANUAL.		
Formula	Número de pacientes pediátricos con neumonías broncoespirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación. Número de pacientes pediátricos con neumonías broncoespirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de la evaluación /Número de pacientes pediátricos con neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia anterior.		
Observaciones/ Análisis de la Situación actual	El estándar propuesto está en 0 ya que durante la vigencia 2019 no se presentaron casos de neumonía broncoaspirativa.		
ESTÁNDAR PROPUESTO: 0			
META ESTABLECIDA PARA CADA VIGENCIA			
2020	2021	2022	2023
0	0	0	0
PROYECCIÓN DE LA CALIFICACIÓN			
0	0	0	0
LINEA BASE	0 (2019)		
Actividades a Desarrollar	<ul style="list-style-type: none">+ Articular los procesos de Auditoria Interna del sistema de Gestión de Calidad con sus diferentes acciones correctivas y planes de mejoramiento.+ Articular de los Sistemas de información.+ Verificar la periodicidad de la realización de las reuniones del Comité de Historias Clínicas, de tal forma que quede agendada la revisión de este proceso.+ Capacitar de todos los líderes de las áreas+ Fortalecer del Comité de Historias Clínicas+ Fortalecer la auditoria médica.+ Establecer de planes de mejoramiento del proceso.		
FUENTE DE INFORMACIÓN	Comité de Calidad o quien haga sus veces		



HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE ZARZAL
E.S.E.
Nit: 891900441-1



PLANES
PLAN DE GESTION GERENCIAL 2020-2023

CÓDIGO: P-GG 01

VERSIÓN: 1

FECHA:

TRD: 20-06.02

PÁGINA: 28 de 32

RESPONSABLES

Subdirección Científica
Área de Calidad

INDICADOR 16

OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN ESPECÍFICA DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO AL EGRESO DE INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO (IAM).

INDICADOR NRO.16	OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN ESPECÍFICA DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO AL EGRESO DE INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO (IAM).					
Formula	Número de pacientes con diagnóstico de egreso de infarto agudo de miocardio a quienes se inició la terapia específica dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnóstico/Total de pacientes con diagnóstico de egreso de infarto agudo de miocardio en la vigencia.					
Observaciones/ Análisis de la Situación actual	Para la vigencia 2019 este indicador se alcanzó una efectividad del 95%.					
ESTÁNDAR PROPUESTO: >=0,90						
META ESTABLECIDA PARA CADA VIGENCIA						
2020	2021	2022	2023			
>=0,90	>=0,90	>=0,90	>=0,90			
PROYECCIÓN DE LA CALIFICACIÓN						
>=0,90	>=0,90	>=0,90	>=0,90			
LINEA BASE	0.95 (2019)					
Actividades a Desarrollar	<ul style="list-style-type: none">+ Realizar monitoreo continuo para sostener y mejorar el indicador+ Fortalecer los procesos de medición de la demanda insatisfecha.+ Articular los Sistemas de información.+ Fortalecer la gestión del área de atención al usuario.					
FUENTE DE INFORMACIÓN	Comité de Calidad o quien haga sus veces					
RESPONSABLES	Subdirección Científica Atención al usuario					



**HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE ZARZAL
E.S.E.
Nit: 891900441-1**

**PLANES
PLAN DE GESTION GERENCIAL 2020-2023**

CÓDIGO: P-GG 01

VERSIÓN: 1

FECHA:

TRD: 20-06.02

PÁGINA: 29 de 32



INDICADOR 17 ANÁLISIS DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA

INDICADOR NRO.17		ANÁLISIS DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA							
Formula		Número de casos de mortalidad intrahospitalaria mayor de 48 horas revisada en el comité respectivo/Total de defunciones intrahospitalarias mayores de 48 horas en el periodo.							
Observaciones/ Análisis de la Situación actual		En la vigencia 2019, todos los casos de Mortalidad Intrahospitalaria fueron llevados al Comité de Seguridad del Paciente y a la mortalidad por eventos de interés en salud pública se les realizó además Unidad de Análisis. El Hospital reviso el 100% de las muertes intrahospitalarias mayores a 48 horas, cumpliendo de esta manera con la meta esperada							
ESTÁNDAR PROPUESTO: >=0.90									
META ESTABLECIDA PARA CADA VIGENCIA									
2020 >=0,90	2021 >=0,90	2022 >=0,90	2023 >=0,90						
PROYECCIÓN DE LA CALIFICACIÓN									
>=0,90	>=0,90	>=0,90	>=0,90						
LINEA BASE		1.0 (2019)							
Actividades a Desarrollar		<ul style="list-style-type: none">+ Articular los procesos de Auditoria Interna del sistema de Gestión de Calidad con sus diferentes acciones correctivas y planes de mejoramiento.+ Articular de los Sistemas de información.+ Verificar la periodicidad de la realización de las reuniones del Comité de Historias Clínicas, de tal forma que quede agendada la revisión de este proceso.+ Capacitar de todos los líderes de las áreas+ Fortalecer del Comité de Historias Clínicas+ Fortalecer la auditoría médica.+ Establecer planes de mejoramiento del proceso							
FUENTE DE INFORMACIÓN		Comité de Mortalidad hospitalaria o quien haga sus veces							
RESPONSABLES		Comité de Historias Clínicas Subdirección Científica Estadística							



INDICADOR 18

OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN DE CONSULTA PEDIÁTRICA.

La Oportunidad es la posibilidad que tiene el Usuario de obtener los servicios que requiere sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud.

De igual forma, el tiempo de respuesta es útil para medir la suficiencia institucional para atender la demanda de servicios que recibe, ya que orienta decisiones de mejoramiento, representa además un trazador indirecto de la capacidad resolutiva de los procesos de atención y suficiencia de la oferta de la institución.

INDICADOR NRO.18		OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN DE CONSULTA PEDIÁTRICA							
Formula		Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita, por cualquier medio, para ser atendido en la consulta médica pediátrica y la fecha para la cual es asignada la cita/ Número total de consultas médica.							
Observaciones/ Análisis de la Situación actual		La Oportunidad en la atención de consulta pediátrica para la vigencia 2019 alcanzo el resultado dentro del límite superior, siendo la meta esperada de acuerdo con la Resolución 408 de 2018, de tres (3) días.							
ESTÁNDAR PROUESTO: <=5									
META ESTABLECIDA PARA CADA VIGENCIA									
2020	2021	2022	2023						
<=5	<=5	<=5	<=5						
PROYECCIÓN DE LA CALIFICACIÓN									
>=0,90	>=0,90	>=0,90	>=0,90						
LÍNEA BASE		3(2019)							
Actividades a Desarrollar		<ul style="list-style-type: none">✚ Fortalecer de la gestión del área de atención al usuario.✚ Fortalecer los procesos de medición de la demanda insatisfecha.✚ Ajustar el proceso de asignación de citas.✚ Articular de los Sistemas de información.							
FUENTE DE INFORMACIÓN		Superintendencia Nacional de Salud							
RESPONSABLES		Subdirección Científica Estadística. Atención al usuario							

INDICADOR 19

OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN GINECO-OBSTETRICIA



**HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE ZARZAL
E.S.E.
Nit: 891900441-1**

**PLANES
PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL 2020-2023**

CÓDIGO: P-GG 01

VERSIÓN: 1

FECHA:

TRD: 20-06.02

PÁGINA: 31 de 32



La Oportunidad es la posibilidad que tiene el Usuario de obtener los servicios que requiere sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud.

De igual forma, el tiempo de respuesta es útil para medir la suficiencia institucional para atender la demanda de servicios que recibe, ya que orienta decisiones de mejoramiento, representa además un trazador indirecto de la capacidad resolutiva de los procesos de atención y suficiencia de la oferta de la institución.

INDICADOR NRO.19		OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN GINECO-OBSTETRICIA							
Formula		Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita, por cualquier medio, para ser atendido en la consulta médica Gineco-Obstétrica y la fecha para la cual es asignada la cita/ Número total de consultas médicas gineco-obstétricas asignadas en la Institución.							
Observaciones/ Análisis de la Situación actual		La oportunidad en la atención de consulta de ginecología y obstetricia se encuentra dentro del estándar propuesto, para la vigencia 2019 fue de 0,93 días.							
ESTÁNDAR PROUESTO: <=8									
META ESTABLECIDA PARA CADA VIGENCIA									
2020	2021	2022	2023						
<=8	<=8	<=8	<=8						
PROYECCIÓN DE LA CALIFICACIÓN									
<=8	<=8	<=8	<=8						
LINEA BASE		0,93(2019)							
Actividades a Desarrollar		<ul style="list-style-type: none">✚ Fortalecer de la gestión del área de atención al usuario.✚ Fortalecer los procesos de medición de la demanda insatisfecha.✚ Ajustar el proceso de asignación de citas.✚ Articular de los Sistemas de información.							
FUENTE DE INFORMACIÓN		Superintendencia Nacional de Salud							
RESPONSABLES		Subdirección Científica Estadística Atención al usuario							

INDICADOR 20

OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN DE MEDICINA INTERNA

La Oportunidad es la posibilidad que tiene el Usuario de obtener los servicios que requiere sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud.



De igual forma, el tiempo de respuesta es útil para medir la suficiencia institucional para atender la demanda de servicios que recibe, ya que orienta decisiones de mejoramiento, representa además un trazador indirecto de la capacidad resolutiva de los procesos de atención y suficiencia de la oferta de la institución.

INDICADOR NRO.20		OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN DE MEDICINA INTERNA.							
Formula		Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita, por cualquier medio, para ser atendido en la consulta de Medicina Interna y la fecha para la cual es asignada la cita/Número total de consultas de Medicina Interna asignadas en la Institución							
Observaciones/ Análisis de la Situación actual		La oportunidad en la atención de consulta de medicina interna se encuentra dentro del estándar propuesto, para la vigencia 2019 fue de 4,3 días.							
ESTÁNDAR PROUESTO: <=15									
META ESTABLECIDA PARA CADA VIGENCIA									
2020	2021	2022	2023						
<=15	<=15	<=15	<=15						
PROYECCIÓN DE LA CALIFICACIÓN									
<=15	<=15	<=15	<=15						
LINEA BASE	4.3 (2019)								
Actividades a Desarrollar	<ul style="list-style-type: none">✚ Fortalecer de la gestión del área de atención al usuario.✚ Fortalecer los procesos de medición de la demanda insatisfecha.✚ Ajustar el proceso de asignación de citas.✚ Articular de los Sistemas de información.								
FUENTE DE INFORMACIÓN	Superintendencia Nacional de Salud								
RESPONSABLES	Subdirección Científica Estadística Atención al usuario								

EVALUACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL

En esta fase la Gerencia del Hospital presenta ante la Junta Directiva de la E.S.E., el informe ejecutivo anual de resultados de cada uno de los indicadores que integran las áreas de gestión del Plan de Gestión Gerencial 2020-2023., evidenciando los logros obtenidos en cumplimiento de los indicadores expuestos anteriormente y con base en la matriz de calificación, determinada por las Resoluciones 710 de 2012, 743 de 2013 y 408 del 2018.