

	<h1>PLAN DE ACCION INSTITUCIONAL</h1>					CODIGO	PN-PE-PI-03
						VERSIÓN	PRIMERA
						FECHA	1 de octubre de 2014
						HOJAS	1 / 1
AREA - PROCESO	PLAN DE ACCIÓN INSTITUCIONAL 2014						
REPRESENTANTE LEGAL	RUBEN SIERRA RODRIGUEZ						
TIEMPO DE EJECUCIÓN	Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2014						
OBJETIVO GENERAL	Desarrollar de manera eficiente las estrategias, actividades, proyectos, planes y programas contenidos en las áreas de gestión para lograr las metas trazadas en la vigencia 2013-2014, aprobadas mediante el Plan de Gestión 2013-2016.						
OBJETIVOS ESPECIFICOS	Dar cumplimiento a los indicadores de gestión por cada una de las áreas correspondientes.						
	Desarrollar los Planes de Acción por procesos para darle cumplimiento al Plan de Acción Institucional.						
	Implementar estrategias para el cumplimiento de metas de producción de servicios.						
	Avanzar en el cumplimiento de las acciones propuesta en el PAMEC (Plan de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad)						
	Optimizar los procesos de cobro y recaudo, buscando mejorar el recaudo y disminuir la cartera mayor a 360 días						
PROYECTOS, PLANES Y PROGRAMAS	ACCIONES A SEGUIR						RESPONSABLES
	ESTRATEGIA	ACTIVIDAD	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO				
			DETALLE	FORMULA DEL INDICADOR	INDICADOR BASE (Vigencia anterior)	INDICADOR FINAL (Vigencia Actual)	
AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN	Priorizar la autoevaluación frente a los estándares del sistema único de acreditación.	Fortalecer el departamento de calidad institucional, para cumplir con los procesos de auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención.	Mejoramiento de la calidad para entidades no acreditadas sin autoevaluación en la vigencia anterior.	INDICADOR NOMINAL: Promedio de la calificación de la actual vigencia	Autoevaluación en la vigencia evaluada	0/0	Coordinador de Calidad, Líderes de Procesos Priorizados, Comité de Calidad y Control Interno, Junta Directiva
		Actualización acto administrativo mediante el cual se conforma los equipos de autoevaluación en la ESE Hospital Rosario Pumarejo de López.					
		Sensibilizar y Capacitar a los nuevos integrantes de los grupos de autoevaluación frente a los estándares de Acreditación.					
		Realizar la autoevaluación frente a los estándares del Sistema Único de Acreditación en Salud.					
FUNCIONALIDAD DEL PAMEC	Dar cumplimiento al componente PAMEC	Disponer los recursos para ejecutar las acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivada de los planes de mejora propuestos en el PAMEC.	Evaluación del la efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud.	Número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas / Total de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivada de los planes de mejora del componente de auditoría registrados en PAMEC	≥ 0.90	0/0	Coordinador de Calidad, Líderes de Procesos Priorizados, Comité de Calidad y Control Interno, Junta Directiva
		Implementar programa de educación continua al talento humano de la institución, para fortalecimiento de competencias.					
		Realizar seguimiento a los planes de mejoramiento para evaluar el cumplimiento de las acciones de mejora propuestas.					

EJECUCIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN INSTITUCIONAL	Diseñar, implementar y desarrollar el Plan de Desarrollo Institucional 2013-2016	Establecer Planes Operativos Anuales (POA) por servicios.	Evaluación del Plan de Desarrollo Institucional en lo relacionado con la programación y ejecución del mismo	Número de metas del Plan Operativo Anual cumplidas / Número de metas del Plan Operativo Anual programadas	≥ 0.90	0/0	Asesor de Planeación, Subgerente Financiero, Profesional Especializado - Coordinación Asistencial, Control Interno, Junta Directiva, Revisoría Fiscal
		Realizar seguimiento a los planes de mejoramiento para evaluar el cumplimiento de las acciones de mejora propuestas					
		Realizar seguimiento a los POA por servicios de manera sistematizada para mayor control de los resultados y seguimiento a los mismos.					
		Articular el Plan de Desarrollo Institucional 2013-2016 con todos los planes de gestión, operativos, estratégicos que existan en la institución, en el marco de los planes de salud nacional y departamental..					
		Evaluar el cumplimiento del Plan de Desarrollo Institucional 2013-2016					
Incrementar la producción y disminuir el gasto	Gestión para habilitación y apertura de nuevos servicios: (Unidad Cardiologica Institucional, Unidad de Oncología, Unidad de quemados, UCI Pediátrica, Unidad Renal, Torre de Laparoscopia y Endoscopia, Hematología, Cirugia Oncológica, Ampliación de Urgencias, Ampliación de UCI Adultos, Unidad de Geriatria, Telemedicina).	Evolución del gasto por unidad de valor relativo producida.	((Gasto de funcionamiento, operación comercial y presentación de servicios comprometidos en el año objeto de evaluación / Número UVR producidas en la vigencia) / (Gasto de funcionamiento, operación comercial y prestación de servicios comprometidos en la vigencia anterior / Número de UVR producidas en la vigencia anterior))	< 0.90	1.05	Subgerencia Financiera, Profesional Universitario Presupuesto, Comité de sostenibilidad contable, Comité de Calidad, Asesor de Control Interno, Gerencia.	
							Adquisición de un intensificador de imágenes, además de un quirófano adicional para cirugía de maternidad.
							Ampliar servicios en la Unidad de salud mental, acorde con el perfil de la población.
							Gestión para convertir la ESE en Hospital Universitario.
							Desarrollar estrategias para disminución del gasto.
							Optimizar el consumo de medicamentos e insumos implementando sistema de Unidosis.
							Obtener mejores precio de compra de medicamentos, insumos y material medico quirúrgico.
Adquisición de medicamentos, insumos y material médico-quirúrgico por cooperativas ESE o a través de mecanismos electrónicos.							

SOSTENIBILIDAD Y VIABILIDAD FINANCIERA	Mantener en cero la deuda superior a 30 días por concepto de salarios de personal de planta.	Gestionar flujo de recursos para responder oportunamente a los compromisos con el personal de planta	Evaluar la capacidad de respuesta de la administración para respnder ante los compromisos adquiridos con personal de planta y por operadores externos, (externalización) dentro de la vigencia.	[(Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de marzo de la vigencia objeto de evaluación) - (Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación se servicios, con corte a 31 de marzo de la vigencia anterior, en valores constantes)] / Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de marzo de la vigencia objeto de evaluación	Cero (0) o variación negativa deuda de planta.	0/0	Subgerencia Financiera, Contabilidad, Comité de sostenibilidad Contable, Comité de Calidad, Asesor de Control Interno, Gerencia
		Preparar y autorizar pago de nómina quincenalmente.					
	Efectuar el pago de colaboradores por órdenes de prestación de servicios, dentro de los siguientes 20 días calendario al de la presentación de la cuenta de cobro.	Realizar un proceso ágil de supervisión y/o interventoría durante la prestación del servicio pactado.	Preparar pagos por concepto de servicios personales en los primeros 30 días siguientes a la prestación del servicio.	Cero (0) o variación negativa contratación de servicios.	\$ 1.044.135		
Contención en el compromiso de los gastos	Definir políticas claras de austeridad en el Gasto y vinculación de personal.	Resultado del equilibrio presupuestal con recaudo.				Valor de 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.	≥ 1.00
	Efectuar un seguimiento mensual al ingreso.						
	Analizar trimestralmente en Comité de Gerencia los Informes Financieros.						
	Monitorear cumplimiento convenio 250 de 2006.						
	Liquidar anualmente los contratos de prestación de servicios de salud suscritos con las diferentes Entidades responsables del pago de servicios.						
Formalizar la entrega de cuatro (4) informes anuales a partir de la aprobación y vigencia del presente plan ante Junta Directiva del Hospital, soportado en los RIPS.	Socializar comportamiento mensual RIPS para retroalimentación y mejoramiento de la calidad del registro.	Utilización de Información de Registro Individual de Prestaciones - RIPS	Número de informes de análisis de la prestación de servicios de la ESE a la Junta Directiva con base en RIPS de la vigencia.	4	0	Profesional Universitario Sistemas, Profesional Especializado Estadística. Epidemiología, Profesional Especializado - Coordinación Asistencial, Líder de Calidad, Financiera	
	Preparar trimestralmente informes para la Junta Directiva basados en el comportamiento de los RIPS generados en la ESE.						
	Presentar a la Junta Directiva informe trimestral basados en el análisis de los RIPS.						

GESTIÓN DE CUMPLIMIENTO EN EL REPORTE DE INFORMES INSTITUCIONALES	Cumplimiento oportuno en el envío de los informes, en términos previstos de la normatividad vigente.	Analizar trimestralmente los Informes correspondientes a la Circular Única.	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya.	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente.	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Oportuno	Asesor de Planeación, Coordinación Asistencial, Sistemas.
		Realizar entrega oportuna de la información solicitada por la superintendencia Nacional de Salud, previa validación de los datos.					
	Cumplimiento oportuno en el envío de los informes, en términos previstos de la normatividad vigente.	Analizar trimestralmente los Informes correspondientes en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004.	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente.	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Oportuno	Sistemas, Asesor Planeación
		Realizar entrega oportuna de la información solicitada por Ministerio de Salud, previa validación externa de los datos.					
Lograr el 90% de cumplimiento en el manejo del conjunto de patologías que generan hemorragia en el III trimestre de la gestación y trastornos hipertensivos en el embarazo.	Implementar el modelo de atención integral a la gestante de alto riesgo obstétrico	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Hemorragias del III trimestre o trastornos hipertensivos en Gestante.	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 de historias clínicas auditadas de la muestra representativas de pacientes con edad gestacional mayor de 27 semanas atendidas en la ESE con diagnóstico de hemorragia del III trimestre o trastorno hipertensivo en la gestión.	≥ 80%	0	Coordinación Materno Infantil, Auditor concurrente, Coordinación Asistencial, Comité de Calidad, Control Interno, Revisoría Fiscal, Junta Directiva.	
	Articular el seguimiento con el programa de seguridad del Paciente Institucional.						
	Socializar Guía de Manejo de Hemorragias del III trimestre y trastornos hipertensivos.						
	Evaluar la adherencia a la Guía de Manejo de Hemorragias del III trimestre y trastornos hipertensivos en Comité de Historia Clínicas						
	Realizar acciones de Mejora cuando se detecte no conformidades en la aplicación y resultados de la atención de pacientes con Hemorragias del III trimestre y trastornos hipertensivos.						

	<p>Implementar las acciones de mejora que permitan medir la adherencia a la guía de manejo del Aborto, identificada como primera causa de morbilidad de egreso hospitalario en la vigencia 2012.</p>	Socializar la Guía de Manejo del Aborto.	<p>Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida.</p>	<p>Numero de historias clinicas con aplicación estricta de la guía de manejo adoptada por la ESE para el diagnostico de la primera causa de egresos hospitalarios o de morbilidad atendida en la vigencia / Total de historias clinicas auditadas de pacientes con el diagnostico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la entidad en la vigencia.</p>	<p>≥ 80%</p>	<p>0</p>	<p>Unidad Funcional Materno Infantil</p>
		<p>Evaluar la adherencia a la Guía del Aborto en Comité de Historia Clínicas</p>					
<p>Realizar un Plan de Mejoramiento para lograr adherencia total a la Guía por los profesionales de la salud vinculados a la ESE.</p>							
	<p>Implementar las acciones de mejora que permitan medir la adherencia a la guía de manejo a la apendicitis aguda.</p>	<p>Actualizar la Guía y Protocolo de Manejo de la apendicitis aguda, teniendo en cuenta criterios de oportunidad.</p>	<p>Oportunidad en la realización de 4 apendicetomía menor a 6 horas del diagnostico inicial.</p>	<p>Numero de pacientes con diagnostico de apendicitis al egreso a quienes se inició la apendicetomía, despues de confirmado el diagnostico en un tiempo igual o menor a 6 horas / Total de pacientes con diagnostico de apendicitis al egreso en la vigencia objeto de evaluación.</p>	<p>≥ 90%</p>	<p>0</p>	<p>Unidad Funcional Medico Quirurgica</p>
		<p>Socializar a profesionales de la salud guías de atención de Apendicetomía</p>					
		<p>Fortalecer proceso de auditoría para garantizar el manejo oportuno a pacientes con diagnóstico confirmado de apendicitis, garantizando que el 100% de paciente se le realice la Apendicetomía, dentro de las seis horas de confirmado el diagnostico</p>					
		<p>Evaluar la adherencia a la Guía a través del Comité de Historia Clínicas</p>					
		<p>Realizar acciones de Mejora cuando se detecte no conformidades en la aplicación y resultados de la atención de pacientes con Diagnostico de apendicitis.</p>					

GESTIÓN DE CUMPLIMIENTO EN LOS INDICADORES ASISTENCIALES DEL PLAN DE GESTIÓN	Implementar las acciones de mejora que permitan medir la adherencia a la guía de manejo de las neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalario.	Socializar e implementar la Guía de Manejo de neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalario en pacientes pediátricos.	Numero de pacientes pediátricos con neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual.	Numero de pacientes pediátricos con neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación y (Número de pacientes pediátricos con neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación / Número de pacientes pediátricos con neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia anterior).	Cero (0), ó variación negativa	SD	Unidad Funcional Materno Infantil
		Socializar programa de seguridad del paciente pediátrico a todo el personal asistencial.					
		Evaluar la adherencia a la Guía en Comité de Historia Clínicas					
		Realizar auditorías de concurrencia enfocadas a la prevención de acciones inseguras o complicaciones del paciente pediátrico.					
		Realizar acciones de Mejora cuando se detecte no conformidades en la aplicación y resultados de la atención de pacientes con neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalario en pacientes pediátricos.					
	Implementar las acciones de mejora que permitan medir la adherencia a la guía de manejo del infarto agudo de miocardio. (IAM)	Socializar e implementar la Guía de Manejo del infarto agudo de miocardio.	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de infarto agudo de miocardio (IAM).	Número de pacientes con diagnóstico de egreso de Infarto Agudo de Miocardio a quienes se inició la terapia específica 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.	≥ 90%	SD	Unidad Funcional Medico Quirurgica
		Implementación de Guía Trombolitica para IAM en servicios de urgencias					
		Evaluar la adherencia a la Guía a través del Comité de Historia Clínicas					
		Realizar auditorías de concurrencia enfocadas a la prevención de acciones inseguras o complicaciones del paciente con IAM.					
		Realizar acciones de Mejora cuando se detecte no conformidades en la aplicación y resultados de la atención de pacientes con IAM					
	Realizar la revisión y análisis de la mortalidad hospitalaria mayor a 48 horas.	Clasificar la Consulta Especializada de Pediatría de primera vez y la Consulta Especializada de Control	Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria	Número de casos de mortalidad intrahospitalaria mayor de 48 horas revisada en el comité respectivo / Total de defunciones intrahospitalario mayores de 48 horas en el periodo.	≥ 90%	SD	Estadística, Epidemiología.
		Mejorar la Política de asignación de citas médicas especializadas, contando con el Recurso humano especializado acorde a la demanda.					
Verificar mensualmente oportunidad de citas con pediatría							

	Realizar mejoramiento a la oportunidad en la atención en consulta de pediatría, según estándares de calidad aprobados por el MS.	Clasificar la Consulta Especializada de Pediatría de primera vez y la Consulta Especializada de Control	Oportunidad en la atención de consulta de pediatría.	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 a la fecha para la cual es asignada la cita / Número total de consultas médicas pediátricas asignadas.	≤ 5 días	4,2	Estadística, Epidemiología.
		Mejorar la Política de asignación de citas médicas especializadas, contando con el Recurso humano especializado acorde a la demanda.					
		Verificar mensualmente oportunidad de citas con pediatría					
	Realizar mejoramiento a la oportunidad en la atención en consulta de Ginecoobstetricia, según estándares de calidad aprobados por el MS.	Clasificar la Consulta Especializada de Ginecoobstetricia de primera vez y la Consulta Especializada de Control	Oportunidad en la atención gineco-obstetricia.	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-obstetra y la fecha para la cual es asignada la cita / Número total de consultas médicas gineco-obstétricas asignadas a la institución.	≤ 8 días	4,6	Unidad Funcional Medico Quirurgica
		Mejorar la Política de asignación de citas médicas especializadas contando con Recurso humano especializado acorde a la demanda.					
		Verificar mensualmente oportunidad de citas con Ginecoobstetricia					
	Realizar mejoramiento a la oportunidad en la atención en consulta de medicina interna, según estándares de calidad aprobados por el MS.	Clasificar la Consulta Especializada de Medicina Interna de primera vez y la Consulta Especializada de Control	Oportunidad en la atención de medicina interna.	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 a la institución.	≤ 15 días	3,4	Unidad Funcional Medico Quirurgica
		Mejorar la Política de asignación de citas médicas especializadas de medicina interna contando con Recurso humano especializado acorde a la demanda.					
		Verificar mensualmente oportunidad de citas con medicina interna.					
GESTIÓN DE LOS PROYECTOS REGISTRADOS EN EL PLAN BIENAL 2012-2013	Gestión de los proyectos de infraestructura y dotación de equipos.	Gestionar la relación de los proyectos registrados en el Plan Bienal 2014-2015, ante el gobierno Departamental para lograr la sensibilidad, voluntad y compromiso de los recursos necesarios que permitan la ejecución de los mismos.	Gestionar los proyectos de infraestructura y dotación de equipos, registrados en el Plan Bienal 2014-2015.	Gestión del 100% de los proyectos del Plan Bienal 2014-2015 (2 de infraestructura y 2 de dotación de equipos)	Avance del 0% de los preyectos gestionados.	Avance del 100% = 4 proyectos gestionados (2 de infraestructura y 2 de dotación).	Gerencia, Planeacion, Subgerencia Financiera, Asistencial