E.S.E. Hospital San Lorenzo
Al servicio de la vida

PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2017-2020
PLAN ESTRATÉGICO - ACTUALIZACIÓN 2018

OBJETIVO ESTRATÉGICO 1: Fortalecer el hospital como una empresa auto sostenible con rentabilidad social y financiera en la prestación de servicios de salud.

LÍNEA ESTRATÉGICA	META	INDICADOR	FÓRMULA DE MEDICIÓN	2018	2019	2020	PROGRAMA/ PROYECTO
Optimización de ingresos	Ejecutar por lo menos el 90% del presupuesto de ingresos con reconocimientos.	Proporción de ejecución del presupuesto de ingresos reconocidos	Valor de los ingresos totales reconocidos x 100/ Total presupuesto de ingresos definitivos del periodo.	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	Gestión de ingresos
	Dar trámite y responder por lo menos el 80% de las glosas recibidas.	Porcentaje de gestión de glosas gestionadas	Valor total de glosas gestionadas x 100 / Valor total de glosas recibidas en el periodo	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%	
	Realizar mínimo el 70% anual de las compras de medicamentos y material médico quirúrgico por alguno de los mecanismos de compra eficiente definidos por el Ministerio de salud y protección social.	Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos: 1. compras conjuntas. 2. Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado. 3. Compras a través de mecanismos electrónicos.	Valor total 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 Empresas Sociales del Estado. c) Compras a través de mecanismos electrónicos / Valor total de las adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico-quirúrgico.	≥ 70%	≥ 70%	≥ 70%	
Controlar el costo y el gasto.	Implementar gradualmente un sistema de costos logrando el 100% en el año 2020.	Porcentaje de implementación del sistema de costos en la ESE	No. de fases ejecutadas x 100/ No. total de fases establecidas	20%	60%	100%	Gestión de costos y gastos
	Cumplir por lo menos el 70% de las reuniones del comité de sostenibilidad contable y depuración de cartera.	Proporción de cumplimiento de reuniones del comité de sostenibilidad contable y depuración de cartera	Número de reuniones realizadas/ Número de reuniones programadas	≥ 70%	≥ 70%	≥ 70%	
	Ejecutar por lo menos el 70% de las conciliaciones de cartera proyectadas para cada año.	Gestiones realizadas de Conciliación de cuentas por cobrar	Número de conciliaciones con EAPB ejecutadas/ Número conciliaciones proyectadas.	≥ 70%	≥ 70%	≥ 70%	
	Ejecutar por lo menos el 70% del Plan de austeridad en el gasto cada año.	Proporción de ejecución del plan de austeridad en el gasto	Numero de actividades del plan de austeridad realizadas x 100/ total de actividades del plan programadas	≥ 70%	≥ 70%	≥ 70%	

	Lograr cada año una categorización del Riesgo fiscal y financiero en calificación en "Riesgo Bajo o Sin Riesgo"	Categorización del Riesgo fiscal y financiero	Nominal, según resolución emitida por el Ministerio de salud y protección social.	Riesgo bajo	Riesgo bajo	Riesgo bajo	

OBJETIVO ESTRATÉGICO 2: Brindar a la población de la región servicios de salud integrales con calidad humana y técnica.

LÍNEA ESTRATÉGICA	META	INDICADOR	FÓRMULA DE MEDICIÓN	2018	2019	2020	PROGRAMA/ PROYECTO
Mejorar la capacidad instalada.	Ejecutar el 100% de las actividades para la gestión del proyecto para dotación asistencial.	Proporción de ejecución de actividades para la gestión del proyecto de dotación	No. Actividades ejecutadas x 100/ Total actividades programadas.	100%			Mejoramiento de la dotación e infraestructura
	Ejecutar mínimo el 80% del Plan de mantenimiento hospitalario de cada año.	Porcentaje de ejecución del plan de mantenimiento	No. De actividades realizadas de mantenimiento / No. Actividades programadas de mantenimiento	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%	
	Gestionar el 100% de un proyecto mantenimiento y modernización de la planta física. Fase 1 en 2018 y fase 2 en 2019.	Proporción de gestión del Proyecto de remodelación de urgencias	No. Actividades ejecutadas x 100/ Total actividades programadas.	100%	100%		
	Ejecutar mínimo el 80% del Plan de intervenciones colectivas que sea contratado con la ESE.	Proporción de cumplimiento del PIC	numero de actividades de salud publica realizadas en el periodo x 100/ Numero de actividades de salud publica programadas en el periodo	> 80%	> 80%	> 80%	Fortalecimiento de los
	Captar el 50% de gestantes en el primer trimestre gestación.	Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación	Número de mujeres gestantes a quienes se le realizó por lo menos una valoración médica y se inscribieron el Programa de Control Prenatal de la ESE, a más tardar en la semana 12 de gestación/Total de mujeres gestantes identificadas	≥ 50%	≥ 50%	≥ 50%	
	Mantener en cero (0) el índice de sífilis congénita en partos entendidos en la ESE.	Incidencia de Sífilis congénita en partos atendidos en la ESE	Numero de Recién Nacidos con diagnostico de Sífilis congénita en población atendida por la ESE en la vigencia	Cero (0)	Cero (0)	Cero (0)	

	Lograr una adherencia mayor o igual al 70% en la guía de atención de hipertensión.	Evaluación de aplicación de guía de manejo especifica: Guía de atención de Enfermedad Hipertensiva	Numero de Historias Clínicas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la Guía de atención de Enfermedad Hipertensiva adoptada por la ESE/ Total de pacientes de la muestra representativa con Diagnostico de hipertensión arterial atendidos en la ESE en la vigencia objeto de evaluación	≥ 70%	≥ 70%	≥ 70%	servicios de Protección Específica, Detección Temprana y salud pública
	Lograr una adherencia mayor o igual al 70% en la guía de atención de crecimiento y desarrollo	Evaluación de aplicación de guía de manejo de Crecimiento y Desarrollo	Numero de Historias Clínicas de niños (as) menores de 10 años que hacen parte de la muestra representativa a quienes se aplicó estrictamente la Guía técnica para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo/ Total de niños (as) menores de 10 años incluidos en la muestra representativa a quienes se atendió en consulta de crecimiento y desarrollo en la ESE en la vigencia	≥ 70%	≥ 70%	≥ 70%	
	Mantener una proporción de 3% o menos de reingresos a urgencias antes de 72 horas por la misma causa.	Reingresos por el servicio de urgencias antes de 72 horas	Número de pacientes que reingresan al servicio de urgencias en la misma institución antes de 72 horas, con el mismo diagnostico de egreso / Numero Total de pacientes atendidos en el servicio de urgencias en la vigencia objeto de evaluación	≤ 3%	≤ 3%	≤ 3%	Fortalecimiento del servicio de urgencias
	La tasa de caídas de pacientes en el servicio de urgencias es menor o igual al 1%.	Tasa de caída de pacientes en el servicio de urgencias	Número total de pacientes atendidos en urgencias que sufren caídas en el periodo/ Total de personas atendidas en urgencias en el periodo	≤ 1	≤ 1	≤ 1	
	Atender los pacientes en urgencias clasificados en triage 2 en 30 minutos o menos en promedio.	Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage 2 en el servicio de urgencias	Sumatoria del número de minutos transcurridos a partir de que el paciente es clasificado como Triage 2 y el momento en el cual es atendido en consulta de Urgencias por médico/ Número total de pacientes clasificados como Triage 2	≤ 30	≤ 30	≤ 30	

Mejorar la

accesibilidad de la población a los servicios de salud.	Mantener una oportunidad de 3 días menos para la asignación de citas en consulta médica general.	Oportunidad promedio en la atención de consulta medica general	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en que se asigno la cita de medicina general de primera vez y la fecha en que el usuario la solicito/Número total de consultas médicas generales de primera vez asignadas en la vigencia objeto de la evaluación.	≤ 3	≤ 3	≤ 3	Fortalecimiento del servicio de Consulta externa
	La tasa de caídas de pacientes en el servicio de consulta externa es menor o igual al 1%	Tasa de caída de pacientes en el servicio de consulta externa	Número total de pacientes atendidos en consta externa que sufren caídas en el periodo/ Total de personas atendidas en consulta externa en el periodo	≤ 1%	≤ 1%	≤ 1%	
	Lograr una oportunidad en la asignación de consulta de odontología de primera ver menor o igual a 3 días.	Oportunidad promedio en la atención de consulta odontológica de primera vez	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido en odontología y la fecha para la cual es asignada la cita (1ra vez) / Número total de consultas odontológicas asignadas en la institución.	≤ 3	≤ 3	≤ 3	Fortalecimiento del servicio de Odontología
	El índice de complicaciones en pacientes atendidos en odontología es menor o igual a 2% cada año.	Índice de complicaciones en pacientes atendidos en odontología	Número de complicaciones presentadas en pacientes atendidos en odontología/ Total pacientes atendidos.	≤ 2%	≤ 2%	≤ 2%	
	El índice de infecciones intrahospitalarias es menor o igual a 1% cada año.	Índice de infecciones intrahospitalarias	Número de infecciones intrahospitalarias presentadas/ Total egresos	≤ 1%	≤ 1%	≤ 1%	Fortalecimiento del servicio internación
	Mantener una tasa del 2% o menos en reingresos a hospitalización antes de 15 días por la misma causa.	Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados en menos de 15 días	Número total de pacientes que reingresan al servicio de hospitalización, en la misma institución, antes de 15 días, por la misma causa en el período/ Número total de egresos en el período	≤ 2%	≤ 2%	≤ 2%	
	La tasa de caídas de pacientes en el servicio de hospitalización es menor o igual al 1%.	Tasa de caída de pacientes en el servicio de hospitalización	Número total de pacientes atendidos en hospitalización que sufren caídas en el periodo/ Total de personas atendidas en hospitalización en el periodo	≤ 1%	≤ 1%	≤ 1%	
	Cumplir por lo menos el 80% de reuniones del comité de farmacia y terapéutica.	Proporción de cumplimiento de reuniones del comité de farmacia y terapéutica	Número de reuniones ejecutadas / Total reuniones programadas para el periodo	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%	Fortalecimiento del

	Gestionar el 90% de incidentes y eventos adversos reportados, relacionados con medicamentos.	Proporción de eventos adversos relacionados con medicamentos	Número de incidentes y eventos adversos reportados y gestionados 100 / Total de incidentes y eventos adversos reportados en el periodo.	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	Fortalecimiento del servicio farmacéutico
	Entregar los resultados de laboratorio a urgencias en 60 minutos o menos en promedio.	Oportunidad promedio en la entrega de resultados de laboratorio por urgencias.	Sumatoria de minutos transcurridos entre la solicitud del servicio de laboratorio y el momento en que se entregan los resultados / Total de resultados entregados por urgencias.	≤ 60	≤ 60	≤ 60	Fortalecimiento del servicio de apoyo diagnóstico
	Entregar los resultados de laboratorio de consulta externa en 24 horas o menos en promedio.	Oportunidad promedio en la entrega de resultados de laboratorio por consulta externa.	Sumatoria de horas transcurridas entre la solicitud del servicio de laboratorio y el momento en que se entregan los resultados / Total de resultados entregados por consulta externa.	≤ 24	≤ 24	≤ 24	

OBJETIVO ESTRATÉGICO 3: Establecer e implementar el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de acuerdo al decreto y la normatividad vigente.

LÍNEA ESTRATÉGICA	META	INDICADOR	FÓRMULA DE MEDICIÓN	2018	2019	2020	PROGRAMA/ PROYECTO
Fortalecer la seguridad integral en la atención de los pacientes.	Realizar autoevaluación en estándares de habilitación por lo menos al 80% de los servicios declarados cada año.	Proporción de servicios autoevaluados en estándares de habilitación	Total de servicios autoevaluados en el año x 100/ Total de servicios que requieren autoevaluación	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%	Fortalecimiento del sistema de garantía de la calidad
	Ejecutar por lo menos el 80% del Plan de acción del PAMEC cada año	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 derivadas de los planes de mejora del componente de auditoría	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%	
	Mejorar gradualmente la calificación en estándares de acreditación incrementando mínimo el 10% cada año.	Mejoramiento continuo de la calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.	Promedio de la calificación de la autoevaluación en la vigencia/ Promedio de la calificación de la autoevaluación de la vigencia anterior	≥ 1,1	≥ 1,1	≥ 1,1	
Fomentar el compromiso institucional con	Ejecutar el Plan de gestión de residuos hospitalarios en un 80% o más cada año.	Proporción de implementación del programa de gestión de residuos hospitalarios	Total de actividades del programa realizadas/total de actividades del plan programadas	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%	Mejoramiento de la

el medio ambiente	Ejecutar el Plan de gestión ambiental en un 80% o más cada año.	Proporción de ejecución del Plan de gestión ambiental	No. de actividades del Plan de gestión ambiental realizadas x 100 /total de actividades del plan de gestión ambiental programadas.	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%	gestión ambiental
Fortalecer las estrategias de Prevención de Riesgo	Ejecutar el Plan de emergencias en un 80% o más cada año.	Proporción de implementación del plan de emergencias institucional	Total de actividades del plan de emergencias realizadas x 100/total de actividades del plan de emergencias programadas	> 80%	> 80%	> 80%	Fortalecimiento del Plan de atención de emergencias Institucional.
Fortalecimiento del Sistema de información y atención al usuario	Alcanzar o mantener una satisfacción global del usuario mayor o igual a 90%.	Proporción de satisfacción global	Total de usuarios encuestados satisfechos /total de usuario encuestados	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	Mejoramiento de la Atención al usuario
	Responder por lo menos el 90% de las PQRS en los términos de ley	Proporción de PQRSF con repuesta en términos de ley	Numero de PQRS respondidas en los términos de ley x 100/ /total de PQRS radicadas en el periodo.	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	
	Ejecutar por lo menos el 80% del Plan de comunicaciones	Proporción de ejecución del Plan de comunicaciones	No de actividades comunicación ejecutadas x 100/ Total actividades programadas	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%	Fortalecimiento de la comunicación.
Fomentar la cultura del autocontrol y la autoevaluación en cada una de las áreas de la ESE.	Ejecutar por lo menos el 80% del programa de auditoría de control interno	Proporción de ejecución de las auditorias de control interno	Numero de total de auditorias realizadas x 100 Total de auditorias programadas	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%	Implementación del Modelo Estándar de Control Interno
	Ejecutar 70% del Plan de mejoramiento del sistema de control interno para cada año.	Proporción de ejecución del Plan de mejoramiento de control interno	No. de actividades de control interno ejecutadas en el periodo/ Total de actividades de control interno programadas	≥ 70%	≥ 70%	≥ 70%	
Mejorar el sistema de información para la calidad en la ESE.	Presentar a la junta directiva por lo menos 4 informes de gestión basado en RIPS cada año.	Utilización de información de Registro individual de prestaciones - RIPS	Número de informes del análisis de la prestación de servicios de la ESE a la Junta Directiva con base en RIPS en la vigencia.	≥ 4	≥ 4	≥ 4	Fortalecimiento del sistema de información
	Cumplir con los reportes de la Circular única en los términos de norma	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	Cumple	Cumple	Cumple	
	Cumplir con los reportes de información a SIHO según los términos de norma	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente	Cumple	Cumple	Cumple	

OBJETIVO ESTRATÉGICO 4: Fortalecer la gestión del talento humano a través del fomento del crecimiento personal y profesional de los servidores.

LÍNEA ESTRATÉGICA	META	INDICADOR	FÓRMULA DE MEDICIÓN	2018	2019	2020	PROGRAMA/ PROYECTO
Promover una cultura organizacional que permita el crecimiento personal e institucional	Ejecutar por lo menos el 80% de los temas propuestos en inducción o reinducción cada año.	Proporción de ejecución del Plan de inducción y reinducción	No de temas presentados en inducción o reinducción x 100/ Total temas programados para ejecutar en inducción o reinducción	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%	Fortalecimiento de la gestión del talento humano
	Ejecutar por lo menos el 70% del Plan de bienestar e incentivos para cada año.	Proporción de ejecución del Plan de bienestar e incentivos	No de actividades de bienestar e incentivos ejecutadas x 100/ Total actividades de bienestar e incentivos programadas	≥ 70%	≥ 70%	≥ 70%	
	Ejecutar por lo menos el 80% del Plan de capacitaciones para cada año.	Proporción de ejecución del Plan de capacitaciones	No de actividades de capacitación ejecutadas x 100/ Total actividades de capacitación programadas	> 80%	> 80%	> 80%	
	Realizar la evaluación del desempeño laboral al 100% de personal inscrito en carrera administrativa cada año.	Proporción de cumplimiento en la ejecución de evaluación del desempeño de personal inscrito en carrera administrativa	No de funcionarios inscritos en carrera administrativa evaluados x 100/ Total inscritos en carrera administrativa.	100%	100%	100%	