

ACUERDO N° 1 de 2018

8 JUN 2018

Por el cual se modifica el Acuerdo N° 04 de Mayo 24 de 2016 que aprobó el Plan de Desarrollo de la ESE Hospital San Rafael de Tunja para el periodo 2016-2020 "CONTINUAMOS CONSTRUYENDO CAMINO A LA EXCELENCIA"

LA JUNTA DIRECTIVA DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA

En uso de sus facultades legales y en especial las conferidas en la Ley 100 de 1993, el artículo 11 de del Decreto 1876 de 1994, la Ley 1122 de 2007, la Ley 1438 de 2011, la resolución 00710 de 2012 y los estatutos de la empresa, y

CONSIDERANDO:

Que el artículo 28 de la Ley 1122 de 2007, establece que los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado serán nombrados por periodos institucionales de cuatro (4) años, que deberá realizarse dentro los tres meses, contados desde el inicio del periodo del Presidente de la República o del Jefe de la Entidad Territorial respectiva, según el caso.

Que la E.S.E Hospital San Rafael Tunja es una entidad pública, descentralizada del orden Departamental, dotada con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa conforme a lo establecido en la ordenanza de la Asamblea Departamental de Boyacá N° 050 de Enero 17 de 1996.

Que la Gobernación de Boyacá, mediante Decreto 255 DE 2016, aceptó la reelección y nombró como Gerente de la E.S.E. Hospital San Rafael de Tunja a la Doctora LYDA MARCELA PEREZ RAMIREZ, identificada con la cédula de ciudadanía número 46.670.758 de Duitama, para el periodo comprendido entre 2016-2020.

Que mediante Acuerdo N° 04 de Mayo 24 de 2016 se aprobó el Plan de Desarrollo de la ESE Hospital San Rafael de Tunja para el periodo 2016-2020 "CONTINUAMOS CONSTRUYENDO CAMINO A LA EXCELENCIA"

Que el Acuerdo No 16 de 2017 estableció la línea base y resultado de la autoevaluación de acreditación en concordancia con la Resolución 123 de 2012 para la vigencia 2016 ajustando el Acuerdo N° 04 de Mayo 24 de 2016.

Que el Ministerio de Salud y Protección Social emitió la Resolución 408 de 15 de Febrero de 2018 por medio de la cual modifica la Resolución 710 de 2012, modificada por la Resolución 743 de 2013 Por medio de la 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.

18 JUN 2018

Que una vez evaluado el cumplimiento del Plan de Desarrollo de la vigencia 2017 y teniendo en cuenta la justificación técnica y legal realizada para cada uno de los planes, programas y proyectos que se consideraron requieren ser ajustados, es necesario ajustar algunos indicadores para casos muy específicos de acuerdo con el Documento Técnico contenido en dieciséis (16) folios.

Que dentro de las justificaciones técnicas para el presente ajuste se encuentra: **1.)** Que mediante Resolución 0123 de 2012 Por el cual se modifica el artículo 2 de la Resolución 1445 de 2006 y Resolución 2082 de 2014 Por la cual se dictan disposiciones para la operatividad del Sistema Único de Acreditación en Salud. **2.)** En el Plan de Desarrollo del Señor Gobernador, Carlos Andrés Amaya Rodríguez "CREEMOS EN BOYACA", estableció el indicador de producto denominado IPS postuladas para acreditación en el Sistema Obligatorio de Garantía de la calidad- SOGC. **3.)** Que con esta finalidad el Departamento de Boyacá apoyo la contratación de una Consultoría que evidenciara la situación real frente al proceso de acreditación Institucional en cuatro Empresas Sociales del estado del orden Departamental como: ESE Hospital Regional de Sogamoso, ESE Hospital Regional de Duitama, ESE Hospital Regional de Chiquinquirá y la ESE Hospital San Rafael de Tunja **4.)** Que el departamento adquirió el compromiso de apoyar económicamente a la ESE que mayor adelanto demostrara dentro del proceso de Acreditación Institucional. **5.)** Que se suscribió convenio interadministrativo No 001053 con la Gobernación de Boyacá con fecha 04 de noviembre de 2016, cuyo objeto fue: AUNAR ESFUERZOS ADMINISTRATIVOS, TÉCNICOS Y FINANCIEROS ENTRE LA GOBERNACIÓN DE BOYACÁ Y LA ESE PARA LA REALIZACIÓN DEL DIAGNOSTICO INSTITUCIONAL DEL ESTADO DE IMPLEMENTACIÓN Y LÍNEA BASE DE LOS ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN EN SALUD DE ACUERDO A LA RESOLUCIÓN 0123 DE 2012 **6.)** Que mediante CONTRATO DE CONSULTORIA No. 236 DE 2017, SUSCRITO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA Y F.D.F. S.A.S, arrojó fortalezas y oportunidades de mejora así como un estimado de la calificación cuantitativa de los estándares de acreditación. **7.)** Que como consecuencia del autodiagnóstico realizado por la firma consultora FDF SAS, la ESE HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA, obtiene un resultado de 2.03 siendo la ESE Hospital San Rafael de Tunja la que mostro mayor avance en el proceso de Acreditación Institucional, e indica que en dos años de trabajo constante lograría el avance suficiente para solicitar al ente acreditador visita de verificación **8.)** Que mediante certificación No. 742 DEL 25/10/2016 expedida por el Secretario de Salud de Boyaca en la cual certifica a la ESE Hospital San Rafael de Tunja el cumplimiento de los requisitos de habilitación, es por esta razón que se debe asegurar su sostenibilidad frente al cumplimiento de los mismos. **9.)** Que posterior al autodiagnóstico realizado por la firma consultora el Departamento a través de la Secretaria de Salud Departamental indica que no realizara apoyo económico para lograr la Acreditación Institucional, ya que se hace necesario realizar nuevamente visita de inspección vigilancia y control al cumplimiento de requisitos de habilitación establecidos en la Resolución No. 2003 de 2014, pese a contar con certificación vigente.

Que ante la actual crisis económica del sistema de salud colombiano y que ha afectado directamente a la ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA, en la limitación del recaudo efectivo de los servicios prestados y por consiguiente el aumento de la cartera, le es imposible financiar sin el apoyo por parte del departamento su proceso de acreditación institucional en los próximos dos años.

Que de acuerdo a lo anterior, la ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA, continuara trabajando arduamente en el logro de la acreditación institucional, tal como lo concibe el plan de desarrollo 2016-2020 CONTINUAMOS CONSTRUYENDO CAMINO A LA EXCELENCIA, de acuerdo a los recursos económicos

7 8 JUN 2018

disponibles para este fin, situación que conlleva a que se tenga que proyectar el logro de la Acreditación Institucional a un tiempo superior a dos años.

Que dentro de las justificaciones legales para el presente ajuste se encuentran: 1.) Que el Decreto 1499 de 2017 modificó el Decreto 1083 de 2015, Decreto único reglamentario del sector de la función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la ley 1753 de 2015, en lo relacionado con el Modelo Integrado de planeación y Gestión que integro el Modelo estándar de Control interno 2.) Que el Decreto 612 de 2018 definió directrices para la integración de los planes institucionales y estratégicos al plan de acción por parte de las entidades del estado.

Que en concordancia con lo anterior:

ACUERDA

ARTÍCULO PRIMERO: Apruébese la modificación al Acuerdo No. 04 de 24 de Mayo de 2016 "Por medio del cual se aprueba el Plan de Desarrollo de la ESE Hospital San Rafael de Tunja para el periodo 2016-2020", para los siguientes indicadores:

INDICADOR NUMERO 1:

APROBADO MEDIANTE ACUERDO No. 04 de 2016

EJE TRAZADOR	OBJETIVO	LINEA ESTRATEGICA	PLAN/PROGRAMA/PROYECTO	ACTIVIDADES	LINEA BASE	META PERIODO	META				
							2016	2017	2018	2019	2020
GESTIÓN CLÍNICA EXCELENTE Y SEGURA	OBJETIVO 2: Prestar servicios de salud seguros y eficientes minimizando los riesgos para el paciente y su familia	Fortalecimiento del enfoque de riesgo clínico desde todos los procesos de atención.	Programa de gestión institucional de calidad en salud (habilitación-acreditación, PAMEC)	Implementar programa de adherencia clínica institucional	15%	Promedio de la calificación de adherencia clínica institucional $\geq 90\%$	30%	60%	90%	90%	$\geq 90\%$

INDICADOR NUMERO 1:

AJUSTADO Y APROBADO MEDIANTE EL PRESENTE ACTO ADMINISTRATIVO

18 JUN 2018

EJE TRAZADOR	OBJETIVO	LINEA ESTRATEGICA	PLAN / PROGRAMA / PROYECTO	ACTIVIDADES	LINEA BASE	META PERIODO	META				
							2016	2017	2018	2019	2020
GESTIÓN CLÍNICA EXCELENTE Y SEGURA	OBJETIVO 2: Prestar servicios de salud seguros y eficientes minimizando los riesgos para el paciente y su familia	Fortalecimiento del enfoque de riesgo clínico desde todos los procesos de atención.	Programa de gestión institucional de calidad en salud (habilitación-acreditación,PAMEC	Implementar programa de adherencia clínica institucional	15%	Promedio de la calificación de adherencia clínica institucional >= 90%	30%	60%	65%	70%	>=70%

JUSTIFICACIÓN:

Dado que la E.S.E Hospital San Rafael Tunja en la vigencia 2017 suscribió convenio interadministrativo No 001053 con la Gobernación de Boyacá con fecha 04 de noviembre de 2016, cuyo objeto fue: AUNAR ESFUERZOS ADMINISTRATIVOS, TÉCNICOS Y FINANCIEROS ENTRE LA GOBERNACIÓN DE BOYACÁ Y LA ESE PARA LA REALIZACIÓN DEL DIAGNOSTICO INSTITUCIONAL DEL ESTADO DE IMPLEMENTACIÓN Y LÍNEA BASE DE LOS ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN EN SALUD DE ACUERDO A LA RESOLUCIÓN 0123 DE 2012, dando su operatividad a través del CONTRATO DE CONSULTORIA No. 236 DE 2017, SUSCRITO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA Y F.D.F. S.A.S y debido a que el proyecto de fortalecimiento del proceso de acreditación en la actualidad no cuenta con los recursos suficientes para darle continuidad y de esta manera mejorar significativamente los resultados que impacten positivamente en el proceso de acreditación y conforme al concepto emitido por esta firma consultora se requiere de un apoyo externo y en la actualidad no se encuentra con una asesoría técnica que permita fortalecer este indicador con la meta planteada inicialmente.

INDICADOR NUMERO 2:

APROBADO MEDIANTE ACUERDO No. 04 de 2016

EJE TRAZADOR	OBJETIVO	LINEA ESTRATEGICA	PLAN/PROGRAMA/ PROYECTO	ACTIVIDADES	LINEA BASE	META PERIODO	META				
							2016	2017	2018	2019	2020
GESTIÓN CLÍNICA EXCELENTE Y SEGURA	OBJETIVO 2: Prestar servicios de salud seguros y eficientes minimizando los riesgos para el paciente y su familia	Fortalecimiento del enfoque de riesgo clínico desde todos los procesos de atención.	Programa de gestión institucional de calidad en salud (habilitación-acreditación,PAMEC	Mantener el cumplimiento de los requisitos del Sistema único de habilitación,R/ 2003 de 2014.	87%	Resultado de la autoevaluación institucional de Habilitación en 100%	100%	100%	100%	100%	100%

INDICADOR NUMERO 2:

AJUSTADO Y APROBADO MEDIANTE EL PRESENTE ACTO ADMINISTRATIVO

EJE TRAZADOR	OBJETIVO	LINEA ESTRATEGICA	PLAN / PROGRAMA / PROYECTO	ACTIVIDADES	LINEA BASE	META PERIODO	META				
							2016	2017	2018	2019	2020
GESTIÓN CLÍNICA EXCELENTE Y SEGURA	OBJETIVO 2: Prestar servicios de salud seguros y eficientes minimizando los riesgos para el paciente y su familia	Fortalecimiento del enfoque de riesgo clínico desde todos los procesos de atención.	Programa de gestión institucional de calidad en salud (habilitación-acreditación, PAMEC	Mantener el cumplimiento de los requisitos del Sistema único de habilitación.R/ 2003 de 2014.	87%	Cumplimiento de requisitos Norma y/o Mantener Certificación	100%	100%	Mantener Certificación	Mantener Certificación	Mantener Certificación

JUSTIFICACIÓN:

Actualmente la institución cuenta con certificación No. 742 DEL 25/10/2016 expedida por el Secretario de Salud de Boyaca según la Resolución 2003 de 2014 "Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud.", es por esta razón que se debe asegurar su sostenibilidad frente al cumplimiento de los requisitos.

INDICADOR NUMERO 3:

APROBADO MEDIANTE ACUERDO No. 04 de 2016

EJE TRAZADOR	OBJETIVO	LINEA ESTRATEGICA	PLAN/PROGRAMA/ PROYECTO	ACTIVIDADES	LINEA BASE	META PERIODO	META				
							2016	2017	2018	2019	2020
GESTIÓN CLÍNICA EXCELENTE Y SEGURA	OBJETIVO 2: Prestar servicios de salud seguros y eficientes minimizando los riesgos para el paciente y su familia	Fortalecimiento del enfoque de riesgo clínico desde todos los procesos de atención.	Programa de gestión institucional de calidad en salud (habilitación-acreditación, PAMEC	Realizar autoevaluación de estándares de acreditación.	2,15	Autoevaluación $\geq 1,20$ con respecto a la vigencia anterior	≥ 1.20	≥ 1.20	≥ 1.20	≥ 1.20	≥ 1.20

INDICADOR NUMERO 3:

AJUSTADO Y APROBADO MEDIANTE EL PRESENTE ACTO ADMINISTRATIVO

18 JUN 2018

EJE TRAZADOR	OBJETIVO	LINEA ESTRATEGICA	PLAN / PROGRAMA / PROYECTO	ACTIVIDADES	LINEA BASE	META PERIODO	META				
							2016	2017	2018	2019	2020
GESTIÓN CLÍNICA EXCELENTE Y SEGURA	OBJETIVO 2: Prestar servicios de salud seguros y eficientes minimizando los riesgos para el paciente y su familia	Fortalecimiento del enfoque de riesgo clínico desde todos los procesos de atención.	Programa de gestión institucional de calidad en salud (habilitación-acreditación, PAMEC)	Realizar autoevaluación de estándares de acreditación.	2,15	Autoevaluación >=1,20 con respecto a la vigencia anterior	>= 1,20	>= 1,20	Resultado de la comparación entre 1,11 y 1,19	Resultado de la comparación entre 1,11 y 1,19	Resultado de la comparación entre 1,11 y 1,19

JUSTIFICACIÓN:

Dado que la E.S.E Hospital San Rafael Tunja en la vigencia 2017 suscribió convenio interadministrativo No 001053 con la Gobernación de Boyacá con fecha 04 de noviembre de 2016, cuyo objeto fue: AUNAR ESFUERZOS ADMINISTRATIVOS, TÉCNICOS Y FINANCIEROS ENTRE LA GOBERNACIÓN DE BOYACÁ Y LA ESE PARA LA REALIZACIÓN DEL DIAGNOSTICO INSTITUCIONAL DEL ESTADO DE IMPLEMENTACIÓN Y LÍNEA BASE DE LOS ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN EN SALUD DE ACUERDO A LA RESOLUCIÓN 0123 DE 2012, dando su operatividad a través del CONTRATO DE CONSULTORIA No. 236 DE 2017, SUSCRITO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA Y F.D.F. S.A.S y debido a que el proyecto de fortalecimiento del proceso de acreditación en la actualidad no cuenta con los recursos suficientes para darle continuidad y de esta manera mejorar significativamente los resultados que impacten positivamente en el proceso de acreditación y conforme al concepto emitido por esta firma consultora se requiere de un apoyo externo.

Que dentro de las justificaciones técnicas para el presente ajuste se encuentra: **1.)** Que mediante Resolución 0123 de 2012 Por el cual se modifica el artículo 2 de la Resolución 1445 de 2006 y Resolución 2082 de 2014 Por la cual se dictan disposiciones para la operatividad del Sistema Único de Acreditación en Salud. **2.)** En el Plan de Desarrollo del Señor Gobernador, Carlos Andrés Amaya Rodríguez "CREEMOS EN BOYACA", estableció el indicador de producto denominado IPS postuladas para acreditación en el Sistema Obligatorio de Garantía de la calidad- SOGC. **3.)** Que con esta finalidad el Departamento de Boyacá apoyo la contratación de una Consultoría que evidenciara la situación real frente al proceso de acreditación Institucional en cuatro Empresas Sociales del estado del orden Departamental como: ESE Hospital Regional de Sogamoso, ESE Hospital Regional de Duitama, ESE Hospital Regional de Chiquinquirá y la ESE Hospital San Rafael de Tunja **4.)** Que el departamento adquirió el compromiso de apoyar económicamente a la ESE que mayor adelanto demostrara dentro del proceso de Acreditación Institucional. **5.)** Que se suscribió convenio interadministrativo No 001053 con la Gobernación de Boyacá con fecha 04 de noviembre de 2016, cuyo objeto fue: AUNAR ESFUERZOS ADMINISTRATIVOS, TÉCNICOS Y FINANCIEROS ENTRE LA GOBERNACIÓN DE BOYACÁ Y LA ESE PARA LA REALIZACIÓN DEL DIAGNOSTICO INSTITUCIONAL DEL ESTADO DE IMPLEMENTACIÓN Y LÍNEA BASE DE LOS ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN EN SALUD DE ACUERDO A LA RESOLUCIÓN 0123 DE 2012 **6.)** Que mediante CONTRATO DE CONSULTORIA No. 236 DE 2017, SUSCRITO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA Y F.D.F. S.A.S, arrojó fortalezas y oportunidades de mejora así como un estimado de la calificación cuantitativa de los estándares de acreditación. **7.)** Que como consecuencia del autodiagnóstico realizado por la firma consultora FDF SAS, la

ESE HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA, obtiene un resultado de 2.03 siendo la ESE Hospital San Rafael de Tunja la que mostro mayor avance en el proceso de Acreditación Institucional, e indica que en dos años de trabajo constante lograría el avance suficiente para solicitar al ente acreditador visita de verificación 8.) Que mediante certificación No. 742 DEL 25/10/2016 expedida por el Secretario de Salud de Boyaca en la cual certifica a la ESE Hospital San Rafael de Tunja el cumplimiento de los requisitos de habilitación, es por esta razón que se debe asegurar su sostenibilidad frente al cumplimiento de los mismos. 9.) Que posterior al autodiagnóstico realizado por la firma consultora el Departamento a través de la Secretaria de Salud Departamental indica que no realizara apoyo económico para lograr la Acreditación Institucional, ya que se hace necesario realizar nuevamente visita de inspección vigilancia y control al cumplimiento de requisitos de habilitación establecidos en la Resolución No. 2003 de 2014, pese a contar con certificación vigente.

Que ante la actual crisis económica del sistema de salud colombiano y que ha afectado directamente a la ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA, en la limitación del recaudo efectivo de los servicios prestados y por consiguiente el aumento de la cartera, le es imposible financiar sin el apoyo por parte del departamento su proceso de acreditación institucional en los próximos dos años.

Que de acuerdo a lo anterior, la ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA, continuara trabajando arduamente en el logro de la acreditación institucional, tal como lo concibe el plan de desarrollo 2016-2020 CONTINUAMOS CONSTRUYENDO CAMINO A LA EXCELENCIA, de acuerdo a los recursos económicos disponibles para este fin, situación que conlleva a que se tenga que proyectar el logro de la Acreditación Institucional a un tiempo superior a dos años

INDICADOR NÚMERO 4:

APROBADO MEDIANTE ACUERDO No. 04 de 2016

EJE TRAZADOR	OBJETIVO	LINEA ESTRATEGICA	PLAN/PROGRAMA/ PROYECTO	ACTIVIDADES	LINEA BASE	META PERIODO	META				
							2016	2017	2018	2019	2020
GESTIÓN CLINICA EXCELENTE Y SEGURA	OBJETIVO 2: Prestar servicios de salud seguros y eficientes minimizando los riesgos para el paciente y su familia	Fortalecimiento del enfoque de riesgo clínico desde todos los procesos de atención.	Programa de gestión institucional de calidad en salud (habilitación-acreditación,PAMEC	Implementar las Buenas Practicas de Seguridad del Paciente	58%	Promedio de la calificación de la implementación de las buenas practicas de seguridad del paciente del paciente obligatorias > =90%	70%	80%	90%	> = 90%	> = 90%

INDICADOR NUMERO 4:

AJUSTADO Y APROBADO MEDIANTE EL PRESENTE ACTO ADMINISTRATIVO

18 JUN 2018

EJE TRAZADOR	OBJETIVO	LINEA ESTRATEGICA	PLAN / PROGRAMA / PROYECTO	ACTIVIDADES	LINEA BASE	META PERIODO	META				
							2016	2017	2018	2019	2020
GESTIÓN CLÍNICA EXCELENTE Y SEGURA	OBJETIVO 2: Prestar servicios de salud seguros y eficientes minimizando los riesgos para el paciente y su familia	Fortalecimiento del enfoque de riesgo clínico desde todos los procesos de atención.	Programa de gestión institucional de calidad en salud (habilitación-acreditación, PAMEC	Implementar las Buenas Prácticas de Seguridad del Paciente	58%	Promedio de la calificación de la implementación de las buenas prácticas de seguridad del paciente	70%	80%	80%	80%	>=80%

JUSTIFICACIÓN:

Para el año 2015 el ministerio efectuó actualización a versión 2.0 de las buenas prácticas de seguridad del paciente siendo para esa fecha en total 20 buenas prácticas a implementar. Momento en el cual desde el programa de seguridad del paciente y acreditación se dio inicio a la implementación de las buenas prácticas obligatorias y teniendo en cuenta que para la construcción del plan de desarrollo en la vigencia 2016 se enfocó en la implementación de las ocho (08) BPS obligatorias es decir las exigidas por Resolución 2003 de 2014, adicionalmente a un requisito exigido por PAMEC por parte del ente de control aumento el cumplimiento de las BPS obligatorias y en el año 2017 se efectuó ajuste del programa seguridad del paciente mediante el cual se estableció continuar con la implementación gradual de las buenas prácticas de seguridad del paciente restantes como barreras de seguridad encaminadas a mitigar la ocurrencia de eventos adversos relacionados con la atención del paciente, mediante priorización para lograr un cumplimiento gradual del 80%, tomando como punto de partida el comportamiento actual de la BPS implementadas a la fecha que corresponde a 78% para la vigencia 2017, es por esta razón que se debe asegurar la sostenibilidad de las BPS ya implementadas y priorizadas en la institución. De esta manera debido a la implementación gradual y priorizada de todas la BPS aplicables es necesario estabilizar la meta de cumplimiento en un 80%.

INDICADOR NUMERO 5:

APROBADO MEDIANTE ACUERDO No. 04 de 2016

EJE TRAZADOR	OBJETIVO	LINEA ESTRATEGICA	PLAN/PROGRAMA/ PROYECTO	ACTIVIDADES	LINEA BASE	META PERIODO	META				
							2016	2017	2018	2019	2020
GESTIÓN DEL RIESGO	OBJETIVO 4: Asegurar la sostenibilidad financiera y desarrollo institucional generando rentabilidad económica y social	Mejoramiento de la integralidad de los procesos administrativos y asistenciales	Programa de Gestión Institucional (MECI- plan de mejora)	Asegurar la sostenibilidad del Modelo estándar de Control Interno - MECI.	85%	Indicador de Madurez MECI >85%	>85%	>85%	>85%	>85%	>85%

INDICADOR NUMERO 5:

AJUSTADO Y APROBADO MEDIANTE EL PRESENTE ACTO ADMINISTRATIVO

18 JUN 2018

EJE TRAZADOR	OBJETIVO	LINEA ESTRATEGICA	PLAN / PROGRAMA / PROYECTO	ACTIVIDADES	LINEA BASE	META PERIODO	META				
							2016	2017	2018	2019	2020
GESTIÓN DEL RIESGO	OBJETIVO 4: Asegurar la sostenibilidad financiera y desarrollo institucional generando rentabilidad económica y social	Mejoramiento de la integridad de los procesos administrativos y asistenciales	Programa de Gestión institucional (MECI- plan de mejora)	Implementar el Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG.	72,9%	Índice Desempeño Institucional	NA	72,9%	> resultado año anterior	> resultado año anterior	> resultado año anterior

JUSTIFICACIÓN:

El Informe Ejecutivo Anual anteriormente reglamentado a través del artículo 2.2.21.2.5 del Decreto 1083 de 2015, ha sido modificado, por lo que en adelante será a través del aplicativo FURAG que recolectara la información sobre el avance del Sistema de Control Interno en todas las entidades, por tratarse de una dimensión del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, por lo que el indicador con su respectiva línea base no se ha generado a la fecha por parte de la Función Pública y en etapa de implementación éste se establecerá con fines informativos y no evaluativos. Teniendo en cuenta que el índice de desempeño institucional para la vigencia 2017 alcanzó un 72,9% de cumplimiento es necesario realizar la transición del Modelo de Integrado de planeación y Gestión en la entidad y ajustar este indicador con el nuevo marco legal aplicable según decreto 1499 de 2017 y asegurar la sostenibilidad en la implementación.

INDICADOR NUMERO 6:

APROBADO MEDIANTE ACUERDO No. 04 de 2016

EJE TRAZADOR	OBJETIVO	LINEA ESTRATEGICA	PLAN/PROGRAMA/ PROYECTO	ACTIVIDADES	LINEA BASE	META PERIODO	META				
							2016	2017	2018	2019	2020
GESTIÓN DE LA TECNOLOGIA	OBJETIVO 5: Optimizar la capacidad instalada para asegurar la prestación del servicio.	Mejoramiento de la integración de los procesos clínicos con la gestión de su tecnología y su sistema de información	Programa de sistema de información ESENCIA	Implementación y desarrollo del Programa de sistema de información ESENCIA. (Incluye: Infraestructura y redes, Gestión Clínica y administrativa, Gestión Gerencial)	25%	Cumplimiento del programa de sistema integrado de información >80%	30%	40%	60%	75%	80%

INDICADOR NUMERO 6:

AJUSTADO Y APROBADO MEDIANTE EL PRESENTE ACTO ADMINISTRATIVO

18 JUN 2018

EJE TRAZADOR	OBJETIVO	LINEA ESTRATEGICA	PLAN / PROGRAMA / PROYECTO	ACTIVIDADES	LINEA BASE	META PERIODO	META				
							2016	2017	2018	2019	2020
GESTIÓN DE LA TECNOLOGIA	OBJETIVO 5: Optimizar la capacidad instalada para asegurar la prestación del servicio.	Mejoramiento de la integración de los procesos clínicos con la gestión de su tecnología y su sistema de información	Programa de sistema de información ESENCIA	Implementación y desarrollo del Programa de sistema de información ESENCIA. (Incluye: Infraestructura y redes, Gestión Clínica y administrativa, Gestión Gerencial)	25%	Cumplimiento del programa de sistema integrado de información >95%	30%	40%	85%	90%	>=90%

JUSTIFICACIÓN:

Es necesario ajustar las metas definidas inicialmente debido a que los avances en la implementación del programa de sistema de información ESENCIA permitieron cumplir la meta de manera anticipada en la vigencia 2017 que era del 40% y se alcanzó un cumplimiento de 78.1%.

INDICADOR NUMERO 7:

APROBADO MEDIANTE ACUERDO No. 04 de 2016

EJE TRAZADOR	OBJETIVO	LINEA ESTRATEGICA	PLAN/PROGRAMA/ PROYECTO	ACTIVIDADES	LINEA BASE	META PERIODO	META				
							2016	2017	2018	2019	2020
TRANSFORMACIÓN CULTURAL PERMANENTE	OBJETIVO 6: Impactar en la transformación cultural y gestión del conocimiento	Desarrollo de estrategias para promover la comunicación y dialogo permanente.	Proyecto de Hospital Universitario	Evaluar el cumplimiento de la relación docencia - servicio	30%	Cumplimiento de requisitos de autoevaluación docencia-servicio al 100%	50%	70%	90%	100%	100%

INDICADOR NUMERO 7:

AJUSTADO Y APROBADO MEDIANTE EL PRESENTE ACTO ADMINISTRATIVO

EJE TRAZADOR	OBJETIVO	LINEA ESTRATEGICA	PLAN / PROGRAMA / PROYECTO	ACTIVIDADES	LINEA BASE	META PERIODO	META				
							2016	2017	2018	2019	2020
TRANSFORMACIÓN CULTURAL PERMANENTE	OBJETIVO 6: Impactar en la transformación cultural y gestión del conocimiento	Desarrollo de estrategias para promover la comunicación y dialogo permanente.	Proyecto de Hospital Universitario	Evaluar el cumplimiento de la relación docencia - servicio	30%	Cumplimiento de requisitos de autoevaluación docencia-servicio al 100%	50%	70%	90%	>90%	>90%

18 JUN 2018

JUSTIFICACIÓN:

El Ministerio de Educación cual proyecta actualizar el Decreto 2006 de 2008 donde se dictan las disposiciones de la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud, como órgano responsable de la toma de decisiones derivadas de las funciones públicas relacionadas con la formación, el ejercicio y el desempeño del talento humano en salud, que requieran acciones conjuntas del hoy Ministerio de Salud y Protección Social y del Ministerio de Educación Nacional, y se estableció su conformación, funciones y operatividad y esto afecta el cumplimiento de los requisitos docencia-servicio.

INDICADOR NUMERO 8:

APROBADO MEDIANTE ACUERDO No. 04 de 2016

EJE TRAZADOR	OBJETIVO	LINEA ESTRATEGICA	PLAN/PROGRAMA/ PROYECTO	ACTIVIDADES	LINEA BASE	META PERIODO	META				
							2016	2017	2018	2019	2020
TRANSFORMACIÓN CULTURAL PERMANENTE	OBJETIVO 6: Impactar en la transformación cultural y gestión del conocimiento	Desarrollo de estrategias para promover la comunicación y dialogo permanente.	Proyecto de Hospital Universitario	Continuar con la implementación de Hospital Universitario	45%	Cumplimiento de requisitos de hospital universitario al 100%	60%	80%	90%	100%	100%

INDICADOR NUMERO 8:

AJUSTADO Y APROBADO MEDIANTE EL PRESENTE ACTO ADMINISTRATIVO

EJE TRAZADOR	OBJETIVO	LINEA ESTRATEGICA	PLAN / PROGRAMA / PROYECTO	ACTIVIDADES	LINEA BASE	META PERIODO	META				
							2016	2017	2018	2019	2020
TRANSFORMACIÓN CULTURAL PERMANENTE	OBJETIVO 6: Impactar en la transformación cultural y gestión del conocimiento	Desarrollo de estrategias para promover la comunicación y dialogo permanente.	Proyecto de Hospital Universitario	Continuar con la implementación de Hospital Universitario	45%	Cumplimiento de requisitos de hospital universitario al 100%	60%	80%	85%	>90%	>90%

JUSTIFICACIÓN:

Uno de los requisitos para ser hospital universitario conforme a lo establecido en la Resolución 3409 de 2012 es estar acreditado. Dado que la E.S.E Hospital San Rafael Tunja en la vigencia 2017 suscribió convenio interadministrativo No 001053 con la Gobernación de Boyacá con fecha 04 de noviembre de 2016, cuyo objeto fue: AUNAR ESFUERZOS ADMINISTRATIVOS, TÉCNICOS Y FINANCIEROS ENTRE LA GOBERNACIÓN DE BOYACÁ Y LA ESE PARA LA REALIZACIÓN DEL DIAGNOSTICO INSTITUCIONAL DEL ESTADO DE IMPLEMENTACIÓN Y LÍNEA BASE DE LOS ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN EN SALUD DE ACUERDO A LA RESOLUCIÓN 0123 DE 2012, dando su operatividad a través del CONTRATO DE CONSULTORIA No. 236 DE 2017, SUSCRITO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA Y F.D.F. S.A.S y debido a que el proyecto de fortalecimiento del proceso de acreditación en la actualidad no cuenta con los recursos suficientes para darle continuidad y de esta manera mejorar significativamente los resultados que impacten positivamente en el proceso de acreditación y conforme al concepto emitido por esta firma consultora se requiere de un apoyo externo.

18 JUN 2018

INDICADOR NUMERO 9:

APROBADO MEDIANTE ACUERDO No. 04 de 2016

EJE TRAZADOR	OBJETIVO	LINEA ESTRATEGICA	PLAN/PROGRAMA/ PROYECTO	ACTIVIDADES	LINEA BASE	META PERIODO	META				
							2016	2017	2018	2019	2020
TRANSFORMACIÓN CULTURAL PERMANENTE	Objetivo 6: Impactar en la transformación cultural y gestión del conocimiento	Desarrollo de estrategias para promover la comunicación y dialogo permanente.	Proyecto de Hospital Universitario	Implementar el programa de investigación de la entidad.	38%	Cumplimiento del programa de investigaciones al 100%	50%	70%	90%	100%	100%

INDICADOR NUMERO 9:

AJUSTADO Y APROBADO MEDIANTE EL PRESENTE ACTO ADMINISTRATIVO

EJE TRAZADOR	OBJETIVO	LINEA ESTRATEGICA	PLAN / PROGRAMA / PROYECTO	ACTIVIDADES	LINEA BASE	META PERIODO	META				
							2016	2017	2018	2019	2020
TRANSFORMACIÓN CULTURAL PERMANENTE	Objetivo 6: Impactar en la transformación cultural y gestión del conocimiento	Desarrollo de estrategias para promover la comunicación y dialogo permanente.	Proyecto de Hospital Universitario	Implementar el programa de investigación de la entidad.	38%	Cumplimiento del programa de investigaciones al 100%	50%	70%	90%	>=90%	>=90%

JUSTIFICACIÓN

Uno de los requisitos para ser hospital universitario conforme a lo establecido en la Resolución 3409 de 2012 es estar acreditado. Dado que la E.S.E Hospital San Rafael Tunja en la vigencia 2017 suscribió convenio interadministrativo No 001053 con la Gobernación de Boyacá con fecha 04 de noviembre de 2016, cuyo objeto fue: AUNAR ESFUERZOS ADMINISTRATIVOS, TÉCNICOS Y FINANCIEROS ENTRE LA GOBERNACIÓN DE BOYACÁ Y LA ESE PARA LA REALIZACIÓN DEL DIAGNOSTICO INSTITUCIONAL DEL ESTADO DE IMPLEMENTACIÓN Y LÍNEA BASE DE LOS ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN EN SALUD DE ACUERDO A LA RESOLUCIÓN 0123 DE 2012, dando su operatividad a través del CONTRATO DE CONSULTORIA No. 236 DE 2017, SUSCRITO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA Y F.D.F. S.A.S y debido a que el proyecto de fortalecimiento del proceso de acreditación en la actualidad no cuenta con los recursos suficientes para darle continuidad y de esta manera mejorar significativamente los resultados que impacten positivamente en el proceso de acreditación y conforme al concepto emitido por esta firma consultora se requiere de un apoyo externo para lograr la acreditación en salud.

INDICADOR NUMERO 10:

APROBADO MEDIANTE ACUERDO No. 04 de 2016

8 JUN 2018

EJE TRAZADOR	OBJETIVO	LINEA ESTRATEGICA	PLAN/PROGRAMA/ PROYECTO	ACTIVIDADES	LINEA BASE	META PERIODO	META				
							2016	2017	2018	2019	2020
RESPONSABILIDAD SOCIAL	OBJETIVO 7: Promover programas de responsabilidad social y ambiental aportando al desarrollo sostenible.	Fortalecimiento de estrategias de responsabilidad social y conservación del medio ambiente.	Sistema de Geston Ambiental	Certificar y mantener la norma NTC ISO 14001:2004.	92%	Cumplimiento de los requisitos de la norma >=95%	>=95%	>=95%	>=95%	>=95%	>=95%

INDICADOR NUMERO 10:

AJUSTADO Y APROBADO MEDIANTE EL PRESENTE ACTO ADMINISTRATIVO

EJE TRAZADOR	OBJETIVO	LINEA ESTRATEGICA	PLAN / PROGRAMA / PROYECTO	ACTIVIDADES	LINEA BASE	META PERIODO	META				
							2016	2017	2018	2019	2020
RESPONSABILIDAD SOCIAL	OBJETIVO 7: Promover programas de responsabilidad social y ambiental aportando al desarrollo sostenible.	Fortalecimiento de estrategias de responsabilidad social y conservación del medio ambiente.	Sistema de Geston Ambiental	Certificar y mantener la norma NTC ISO 14001:2004.	92%	Cumplimiento de los requisitos de la norma y/o Mantener la Certificación	>=95%	>=95%	Mantener la Certificación		

JUSTIFICACIÓN

Es necesario ajustar la meta para el periodo ya que esta norma en la vigencia 2017 fue certificada por el ICONTEC, y de esta manera es necesario asegurar la transición a la nueva versión ISO 14001:2015.

INDICADOR NUMERO 11:

APROBADO MEDIANTE ACUERDO No. 04 de 2016

EJE TRAZADOR	OBJETIVO	LINEA ESTRATEGICA	PLAN/PROGRAMA/ PROYECTO	ACTIVIDADES	LINEA BASE	META PERIODO	META				
							2016	2017	2018	2019	2020
RESPONSABILIDAD SOCIAL	OBJETIVO 7: Promover programas de responsabilidad social y ambiental aportando al desarrollo sostenible.	Fortalecimiento de estrategias de responsabilidad social y conservación del medio ambiente.	Sistema de Gestión en Seguridad y Salud Ocupacional	Certificar y mantener el cumplimiento de la norma OHSAS 18001:2007.	88%	Cumplimiento de los requisitos de la norma >=95%	>=95%	>=95%	>=95%	>=95%	>=95%

INDICADOR NUMERO 11:

AJUSTADO Y APROBADO MEDIANTE EL PRESENTE ACTO ADMINISTRATIVO

EJE TRAZADOR	OBJETIVO	LINEA ESTRATEGICA	PLAN / PROGRAMA / PROYECTO	ACTIVIDADES	LINEA BASE	META PERIODO	META				
							2016	2017	2018	2019	2020
RESPONSABILIDAD SOCIAL	OBJETIVO 7: Promover programas de responsabilidad social y ambiental aportando al desarrollo sostenible.	Fortalecimiento de estrategias de responsabilidad social y conservación del medio ambiente.	Sistema de Gestión en Seguridad y Salud Ocupacional	Certificar y mantener el cumplimiento de la norma OHSAS 18001:2007.	88%	Cumplimiento de los requisitos de la norma y/o Mantener la Certificación	>=95%	>=95%	Mantener la Certificación		

JUSTIFICACIÓN

18 JUN 2018

Es necesario ajustar la meta para el periodo ya que esta norma en la vigencia 2017 fue certificada por el ICONTEC, y de esta manera es necesario asegurar la transición de esta norma.

INDICADOR NUMERO 12:

APROBADO MEDIANTE ACUERDO No. 04 de 2016

EJE TRAZADOR	OBJETIVO	LINEA ESTRATEGICA	PLAN/PROGRAMA/ PROYECTO	ACTIVIDADES	LINEA BASE	META PERIODO	META				
							2016	2017	2018	2019	2020
RESPONSABILIDAD SOCIAL	OBJETIVO 7: Promover programas de responsabilidad social y ambiental aportando al desarrollo sostenible.	Fortalecimiento de estrategias de responsabilidad social y conservación del medio ambiente.	Buenas practicas de elaboración	Mantener la certificación en Buenas practicas de elaboración (Resolución 444 de 2008 o la que la modifique)	100%	Cumplimiento de requisitos de Buenas practicas de elaboración al 100%	100%	100%	100%	100%	100%

INDICADOR NUMERO 12:

AJUSTADO Y APROBADO MEDIANTE EL PRESENTE ACTO ADMINISTRATIVO

EJE TRAZADOR	OBJETIVO	LINEA ESTRATEGICA	PLAN / PROGRAMA / PROYECTO	ACTIVIDADES	LINEA BASE	META PERIODO	META				
							2016	2017	2018	2019	2020
RESPONSABILIDAD SOCIAL	OBJETIVO 7: Promover programas de responsabilidad social y ambiental aportando al desarrollo sostenible.	Fortalecimiento de estrategias de responsabilidad social y conservación del medio ambiente.	Buenas practicas de elaboración	Mantener la certificación en Buenas practicas de elaboración (Resolución 444 de 2008 o la que la modifique)	100%	Cumplimiento de los requisitos de la norma y/o Mantener la Certificación	100%	100%	Mantener la Certificación	Mantener la Certificación	Mantener la Certificación

JUSTIFICACIÓN

Es necesario ajustar la meta para el periodo ya que esta norma se encuentra certificada por el INVIMA, según Resolución No.2014010607, de igual manera en el artículo 3 de la Resolución 0444 el 12 de Febrero de 2018, establece que el certificado de cumplimiento de buenas prácticas de elaboración tendrá una vigencia de cinco (5) años.

INDICADOR NUMERO 13:

APROBADO MEDIANTE ACUERDO No. 04 de 2016

18 JUN 2018

EJE TRAZADOR	OBJETIVO	LINEA ESTRATEGICA	PLAN/PROGRAMA/ PROYECTO	ACTIVIDADES	LINEA BASE	META PERIODO	META				
							2016	2017	2018	2019	2020
RESPONSABILIDAD SOCIAL	OBJETIVO 7: Promover programas de responsabilidad social y ambiental aportando al desarrollo sostenible.	Fortalecimiento de estrategias de responsabilidad social y conservación del medio ambiente.	Buenas practicas de elaboración	Certificar y mantener las Buenas practicas de manufactura (Resolución 2011012580 de 2011 o la que la modifique)	58%	Cumplimiento de requisitos de Buenas practicas de manufactura al 100%	100%	100%	100%	100%	100%

INDICADOR NUMERO 13:

AJUSTADO Y APROBADO MEDIANTE EL PRESENTE ACTO ADMINISTRATIVO

EJE TRAZADOR	OBJETIVO	LINEA ESTRATEGICA	PLAN / PROGRAMA / PROYECTO	ACTIVIDADES	LINEA BASE	META PERIODO	META				
							2016	2017	2018	2019	2020
RESPONSABILIDAD SOCIAL	OBJETIVO 7: Promover programas de responsabilidad social y ambiental aportando al desarrollo sostenible.	Fortalecimiento de estrategias de responsabilidad social y conservación del medio ambiente.	Buenas practicas de elaboración	Certificar y mantener las Buenas practicas de manufactura (Resolución 2011012580 de 2011 o la que la modifique)	58%	Cumplimiento de los requisitos de la norma y/o Mantener la Certificación	100%	100%	Obtener Certificación	Mantener la Certificación	Mantener la Certificación

JUSTIFICACIÓN

Teniendo en cuenta la Resolución 4410 de 2009 y la lista de chequeo de aplicación Resolución 2011012580 de 2011 del Ministerio de Salud y Protección Social, es necesario dar cumplimiento a este reglamento técnico y requisitos aplicables para obtener la certificación en BPM y mantenerla durante su vigencia de 3 años.

ARTICULO SEGUNDO: VIGENCIA Y DEROGATORIA, el presente acuerdo rige a partir de la fecha de su expedición y deja sin efecto alguno, todo acto administrativo que lo contrarié.

Dado en Tunja, a los **18 JUN 2018** **PUBLIQUESE Y CÚMPLASE**


JOSE GUSTAVO MORALES GUARÍN
Presidente Junta Directiva
E.S.E. Hospital San Rafael de Tunja


LYDA MARCELA PEREZ RAMIREZ
Secretaria Junta Directiva
E.S.E. Hospital San Rafael de Tunja

DOCUMENTO TECNICO AJUSTE PLAN DE DESARROLLO

"Acuerdo N° 04 de Mayo 24 de 2016 que aprobó el Plan de Desarrollo de la ESE Hospital San Rafael de Tunja para el periodo 2016-2020"



Continuamos Construyendo Camino a la Excelencia

VIGENCIA
2018

ESE HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA
NIT. 891800231-0

Conforme al seguimiento del indicador número 3 de la Resolución 408 de 2018 Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional, El promedio general del estado de ejecución de cumplimiento del Plan de Desarrollo institucional de la vigencia 2017 y de acuerdo el informe presentado por la Oficina Asesora de Control Interno de la Entidad se alcanzó un resultado del 78%.

De esta manera es necesario revisar y ajustar algunas metas para asegurar la sostenibilidad de cada uno de los planes, programas y/o proyectos de los objetivos institucionales del Plan de Desarrollo, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

INDICADOR NUMERO 1:

PLAN DE DESARROLLO APROBADO ACUERDO N° 04 DE 2016

EJE TRAZADOR	OBJETIVO	LINEA ESTRATEGICA	PLAN/PROGRAMA/ PROYECTO	ACTIVIDADES	LINEA BASE	META PERIODO	META				
							2016	2017	2018	2019	2020
GESTIÓN CLINICA EXCELENTE Y SEGURA	OBJETIVO 2: Prestar servicios de salud seguros y eficientes minimizando los riesgos para el paciente y su familia	Fortalecimiento del enfoque de riesgo clínico desde todos los procesos de atención.	Programa de gestión institucional de calidad en salud (habilitación-acreditación, PAMEC	Implementar programa de adherencia clínica institucional	15%	Promedio de la calificación de adherencia clínica institucional. >= 90%	30%	60%	90%	90%	>=90%

PROPUESTO:

EJE TRAZADOR	OBJETIVO	LINEA ESTRATEGICA	PLAN / PROGRAMA / PROYECTO	ACTIVIDADES	LINEA BASE	META PERIODO	META				
							2016	2017	2018	2019	2020
GESTIÓN CLINICA EXCELENTE Y SEGURA	OBJETIVO 2: Prestar servicios de salud seguros y eficientes minimizando los riesgos para el paciente y su familia	Fortalecimiento del enfoque de riesgo clínico desde todos los procesos de atención.	Programa de gestión institucional de calidad en salud (habilitación-acreditación, PAMEC	Implementar programa de adherencia clínica institucional	15%	Promedio de la calificación de adherencia clínica institucional. >= 90%	30%	60%	65%	70%	>=70%

JUSTIFICACIÓN:

Tomando como referencia lo descrito en la literatura, en estudios efectuados relacionados con la adherencia a las Guías de Práctica Clínica y de acuerdo con información brindada por el Instituto IETS se encontró como referencia para el establecimiento del estándar un 60% del cumplimiento.

El comportamiento de la adherencia a GPC de la institución acorde con lo definido en el programa de adherencia es el siguiente:

- El resultado del indicador ADHERENCIA A GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA MÉDICA en el servicio de CONSULTA EXTERNA de la ESE Hospital San Rafael de Tunja, para el año 2016 fue de 37%.
- El resultado del indicador ADHERENCIA A GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA MÉDICA en el servicio de URGENCIAS de la ESE Hospital San Rafael de Tunja, para el año 2016 fue de 55%.
- El resultado del indicador ADHERENCIA A GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA MÉDICA en el servicio de HOSPITALIZACIÓN de la ESE Hospital San Rafael de Tunja, para el año 2016 fue de 88%. Es decir se encuentra actualmente un cumplimiento promedio del 60%.

Anexos:

1. Informe evaluación calidad diligenciamiento historia clínica y adherencia a guías de práctica clínica priorizadas para el programa adherencia clínica institucional en el servicio consulta externa: año 2016.
2. Informe evaluación calidad diligenciamiento historia clínica y adherencia a guías de práctica clínica priorizadas para el programa adherencia clínica institucional en el servicio hospitalización: año 2016
3. Informe evaluación calidad diligenciamiento historia clínica y adherencia a guías de práctica clínica priorizadas para el programa adherencia clínica institucional en el servicio urgencias: año 2016

INDICADOR NUMERO 2:

PLAN DE DESARROLLO APROBADO ACUERDO N° 04 DE 2016

EJE TRAZADOR	OBJETIVO	LINEA ESTRATEGICA	PLAN/PROGRAMA/ PROYECTO	ACTIVIDADES	LINEA BASE	META PERIODO	META				
							2016	2017	2018	2019	2020
GESTIÓN CLÍNICA EXCELENTE Y SEGURA	OBJETIVO 2: Prestar servicios de salud seguros y eficientes minimizando los riesgos para el paciente y su familia	Fortalecimiento del enfoque de riesgo clínico desde todos los procesos de atención.	Programa de gestión institucional de calidad en salud (habilitación-acreditación,PAMEC	Mantener el cumplimiento de los requisitos del Sistema unico de habilitación.R/ 2003 de 2014.	87%	Resultado de la autoevaluación institucional de Habilitación en 100%	100%	100%	100%	100%	100%

PROPUESTO

EJE TRAZADOR	OBJETIVO	LINEA ESTRATEGICA	PLAN / PROGRAMA / PROYECTO	ACTIVIDADES	LINEA BASE	META PERIODO	META				
							2016	2017	2018	2019	2020
GESTIÓN CLÍNICA EXCELENTE Y SEGURA	OBJETIVO 2: Prestar servicios de salud seguros y eficientes minimizando los riesgos para el paciente y su familia	Fortalecimiento del enfoque de riesgo clínico desde todos los procesos de atención.	Programa de gestión institucional de calidad en salud (habilitación-acreditación, PAMEC	Mantener el cumplimiento de los requisitos del Sistema único de habilitación. R/ 2003 de 2014.	87%	Cumplimiento de requisitos Norma y/o Mantener Certificación	100%	100%	Mantener Certificación	Mantener Certificación	Mantener Certificación

JUSTIFICACIÓN

La Resolución 2003 de 2014 por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud. Establece el cumplimiento de los estándares mínimos para la prestación del servicio de salud. Actualmente la Institución cuenta con certificación No. 742 DEL 25/10/2016 expedida por el Secretario de Salud de Boyaca en la cual certifica a la Institución en el cumplimiento de los requisitos de habilitación, es por esta razón que se debe asegurar su sostenibilidad frente al cumplimiento de los requisitos.

ANEXOS:

1. Certificación No. 742 DEL 25/10/2016 expedida por el Secretario de Salud de Boyacá

INDICADOR NUMERO 3:

PLAN DE DESARROLLO APROBADO ACUERDO N° 04 DE 2016

EJE TRAZADOR	OBJETIVO	LINEA ESTRATEGICA	PLAN/PROGRAMA/ PROYECTO	ACTIVIDADES	LINEA BASE	META PERIODO	META				
							2016	2017	2018	2019	2020
GESTIÓN CLÍNICA EXCELENTE Y SEGURA	OBJETIVO 2: Prestar servicios de salud seguros y eficientes minimizando los riesgos para el paciente y su familia	Fortalecimiento del enfoque de riesgo clínico desde todos los procesos de atención.	Programa de gestión institucional de calidad en salud (habilitación-acreditación, PAMEC	Realizar autoevaluación de estándares de acreditación.	2,15	Autoevaluación $\geq 1,20$ con respecto a la vigencia anterior	$\geq 1,20$	$\geq 1,20$	$\geq 1,20$	$\geq 1,20$	$\geq 1,20$

PROPUESTO

EJE TRAZADOR	OBJETIVO	LINEA ESTRATEGICA	PLAN / PROGRAMA / PROYECTO	ACTIVIDADES	LINEA BASE	META PERIODO	META				
							2016	2017	2018	2019	2020
GESTIÓN CLÍNICA EXCELENTE Y SEGURA	OBJETIVO 2: Prestar servicios de salud seguros y eficientes minimizando los riesgos para el paciente y su familia	Fortalecimiento del enfoque de riesgo clínico desde todos los procesos de atención.	Programa de gestión institucional de calidad en salud (habilitación-acreditación, PAMEC	Realizar autoevaluación de estándares de acreditación.	2,15	Autoevaluación >=1,20 con respecto a la vigencia anterior	≥ 1.20	≥ 1.20	Resultado de la comparación entre 1,11 y 1,19	Resultado de la comparación entre 1,11 y 1,19	Resultado de la comparación entre 1,11 y 1,19

JUSTIFICACIÓN:

Que la E.S.E Hospital San Rafael Tunja suscribió el convenio interadministrativo No 001053 con la Gobernación de Boyacá con fecha 04 de noviembre de 2016, cuyo objeto fue: AUNAR ESFUERZOS ADMINISTRATIVOS, TÉCNICOS Y FINANCIEROS ENTRE LA GOBERNACIÓN DE BOYACÁ Y LA ESE PARA LA REALIZACIÓN DEL DIAGNOSTICO INSTITUCIONAL DEL ESTADO DE IMPLEMENTACIÓN Y LÍNEA BASE DE LOS ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN EN SALUD DE ACUERDO A LA RESOLUCIÓN 0123 DE 2012, dando su operatividad a través del CONTRATO DE CONSULTORIA No. 236 DE 2017, SUSCRITO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA Y F.D.F. S.A.S.

Que de acuerdo al diagnóstico realizado por la firma Consultora F.D.F S.A.S, se entregó en el mes de Abril de 2017 como resultado un informe de las fortalezas, oportunidades de mejora y un estimado de la calificación cuantitativa de los estándares de acreditación de 2.03; por lo que la E.S.E Hospital San Rafael Tunja realizó nuevamente autoevaluación de cada uno de los estándares de acreditación para la vigencia 2016 aplicables a la institución, con la metodología establecida por el Ministerio de Salud y Protección Social (Hoja Radar) y teniendo en cuenta el informe de Diagnóstico realizado por F.D.F S.A.S, la cual arrojó el siguiente resultado:

AUTOEVALUACIÓN ACREDITACION RESOLUCION 123 DE 2012, RESOLUCION 2082 DE 2014.		
VIGENCIA		2016
GRUPO DE ESTANDARES	NUMERO DE ESTANDARES	TOTAL
		PROMEDIO
Ciente asistencial	55	2.08
Direccionamiento	12	2.40
Gerencia	15	2.27
Gerencia del talento humano	16	1.97
Gerencia del ambiente fisico	11	2.16
Gestión de la tecnologia	8	2.55
Gerencia de la Información	14	2.06
Mejoramiento de la calidad	5	1.76
RESULTADO AUTOEVALUACION		2.156

Que teniendo en cuenta el Diagnostico de acreditación y el resultado de la autoevaluación de la vigencia 2016, fue necesario replantear la línea base contemplada en el Plan de Gestión 2016-2020, según instrucción dada por la Secretaria de Salud Departamental y tomar como resultado para la vigencia 2016 el último resultado de la autoevaluación de acreditación 2.15.

Así las cosas, para la vigencia 2017, este indicador reporto un resultado de 2,39; respecto al valor obtenido para la vigencia 2016 de 2,15; se encuentra una relación de 1,11 tal como lo demuestra el indicador a continuación:

AUTOEVALUACIÓN ACREDITACION RESOLUCION 123 DE 2012, RESOLUCION 2082 DE 2014.			RESULTADOS AUTOEVALUACIONES	
VIGENCIA			2016	2017
GRUPO DE ESTANDARES	LIDER ESTÁNDAR	NUMERO DE ESTANDARES	TOTAL	TOTAL
			PROMEDIO	PROMEDIO
Ciente asistencial	Coordinadora de Internación	55	2,08	2,24
Direccionamiento	Desarrollo de servicios	12	2,40	2,50
Gerencia	Desarrollo de servicios	15	2,27	2,50
Gerencia del talento humano	Coordinador de talento Humano	16	1,97	2,23
Gerencia del ambiente fisico	Coordinador de Salud ocupacional	11	2,16	2,43
Gestión de la tecnologia	Ing. Biomedica	8	2,55	2,65
Gerencia de la Información	Coordinador de sistemas	14	2,06	2,24
Mejoramiento de la calidad	Coordinador oficina de calidad	5	1,76	2,34
RESULTADO AUTOEVALUACION			2,156	2,39

RESOLUCION 743 DE 2013				
Escala de calificación				
0	1	3	5	
<1	1 - 1,10	1,11 - 1,19	≥ 1,20	

PROMEDIO	2,156	2,39
CALIFICACION		1,11

Fuente: Oficina de Calidad

A pesar de que el hospital sigue trabajando con miras a la acreditación y no es posible contar con el apoyo económico de la Gobernación de Boyaca para continuar con el proyecto de acreditación institucional y las expectativas de crecimiento frente este indicador no permiten asegurar el crecimiento en la escala inicialmente establecida para este indicador.

ANEXOS:

1. Informe autoevaluación acreditación 2017.
2. Acuerdo No. 16 de junta directiva de fecha 12 de diciembre de 2017, por medio del cual se establece la línea de base y resultado de la autoevaluación de acreditación en concordancia con la resolución 123 de 2012, para la vigencia 2016.
3. Informe diagnóstico estándares de acreditación según Resolución 123 de 2012 y Resolución 2082 de 2014 por consultor externo.

INDICADOR NUMERO 4:

PLAN DE DESARROLLO APROBADO ACUERDO N° 04 DE 2016

EJE TRAZADOR	OBJETIVO	LINEA ESTRATEGICA	PLAN/PROGRAMA/ PROYECTO	ACTIVIDADES	LINEA BASE	META PERIODO	META				
							2016	2017	2018	2019	2020
GESTIÓN CLINICA EXCELENTE Y SEGURA	OBJETIVO 2: Prestar servicios de salud seguros y eficientes minimizando los riesgos para el paciente y su familia	Fortalecimiento del enfoque de riesgo clínico desde todos los procesos de atención.	Programa de gestión institucional de calidad en salud (habilitación-acreditación, PAMEC	Implementar las Buenas Prácticas de Seguridad del Paciente	58%	Promedio de la calificación de la implementación de las buenas prácticas de seguridad del paciente del paciente obligatorias $\geq 90\%$	70%	80%	90%	$\geq 90\%$	$\geq 90\%$

PROPUESTO

EJE TRAZADOR	OBJETIVO	LINEA ESTRATEGICA	PLAN / PROGRAMA / PROYECTO	ACTIVIDADES	LINEA BASE	META PERIODO	META				
							2016	2017	2018	2019	2020
GESTIÓN CLINICA EXCELENTE Y SEGURA	OBJETIVO 2: Prestar servicios de salud seguros y eficientes minimizando los riesgos para el paciente y su familia	Fortalecimiento del enfoque de riesgo clínico desde todos los procesos de atención.	Programa de gestión institucional de calidad en salud (habilitación-acreditación, PAMEC	Implementar las Buenas Prácticas de Seguridad del Paciente	58%	Promedio de la calificación de la implementación de las buenas prácticas de seguridad del paciente	70%	80%	80%	80%	$\geq 80\%$

JUSTIFICACIÓN:

La implementación de las recomendaciones definidas en los paquetes instruccionales Guías Técnicas de las Buenas prácticas de Seguridad del paciente, requiere de recurso humano entre ellos la participación activa del personal asistencial entre ellos médicos especialistas, recurso tecnológico, tiempo, entre otras

actividades. Con la formalización del Programa Seguridad del Paciente en el año 2014, se efectuó priorización de dicha implementación, cuya ejecución se efectúa a través de unas etapas como son la revisión de la guía, diseño de la lista de recomendaciones a aplicar, su posterior autoevaluación y formulación de acciones de mejora que nos conlleven a la implementación.

Para el año 2018, en consenso con los líderes de los procesos misionales se realizó la priorización de las Buenas Prácticas a implementar, definiendo las siguientes:

1. REDUCIR EL RIESGO DE LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON ENFERMEDAD MENTAL
2. PREVENIR LA MALNUTRICION O DESNUTRICION
3. REDUCIR RIESGO DE LA ATENCIÓN DEL PACIENTE CRÍTICO
4. REDUCIR EL RIESGO EN LA ATENCIÓN A PACIENTES CARDIOVASCULARES

Para el año 2015 el ministerio efectuó actualización a versión 2.0 de las buenas prácticas de seguridad del paciente siendo para esa fecha en total 20 buenas prácticas a implementar. Momento en el cual desde el programa de seguridad del paciente y acreditación se dio inicio a la implementación de las buenas practicas obligatorias. En el año 2016 momento en el cual se construyó el plan de desarrollo se estaba trabajando en la implementación de las ocho (08) BPS obligatorias es decir las exigidas por Resolución 2003 de 2014, adicionalmente a un requisito exigido por PAMEC por parte del ente de control.

En el año 2017, se efectuó ajuste del programa seguridad del paciente mediante el cual se estableció continuar con la implementación gradual de las buenas prácticas de seguridad del paciente, restantes como barreras de seguridad encaminadas a mitigar la ocurrencia de eventos adversos relacionados con la atención del paciente, mediante priorización para lograr un cumplimiento gradual del 80%, tomando como punto de partida el comportamiento actual de la BPS implementadas a la fecha que corresponde a 78% para la vigencia 2017, es por esta razón que se debe asegurar la sostenibilidad de las BPS ya implementadas y priorizadas en la institución.

ANEXOS:

1. OADS-F-10 PLANEADOR ACTIVIDADES DEL EJE DE IMPLEMENTACION DE LAS PRACTICAS

INDICADOR NUMERO 5:

PLAN DE DESARROLLO APROBADO ACUERDO N° 04 DE 2016

EJE TRAZADOR	OBJETIVO	LINEA ESTRATEGICA	PLAN/PROGRAMA/ PROYECTO	ACTIVIDADES	LINEA BASE	META PERIODO	META				
							2016	2017	2018	2019	2020
GESTIÓN DEL RIESGO	OBJETIVO 4: Asegurar la sostenibilidad financiera y desarrollo institucional generando rentabilidad económica y social	Mejoramiento de la integralidad de los procesos administrativos y asistenciales	Programa de Gestión institucional (MECI- plan de mejora)	Asesurar la sostenibilidad del Modelo estándar de Control Interno - MECI.	85%	Indicador de Madurez MECI >85%	>85%	>85%	>85%	>85%	>85%

PROPUESTO

EJE TRAZADOR	OBJETIVO	LINEA ESTRATEGICA	PLAN / PROGRAMA / PROYECTO	ACTIVIDADES	LINEA BASE	META PERIODO	META				
							2016	2017	2018	2019	2020
GESTIÓN DEL RIESGO	OBJETIVO 4: Asegurar la sostenibilidad financiera y desarrollo Institucional generando rentabilidad económica y social	Mejoramiento de la integralidad de los procesos administrativos y asistenciales	Programa de Gestión Institucional (MECI- plan de mejora)	Implementar el Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG.	72,9%	Índice Desempeño Institucional	NA	72,9%	> resultado año anterior	> resultado año anterior	> resultado año anterior

JUSTIFICACIÓN:

Eliminar este indicador ya que conforme a lo establecido en el Decreto 1499 de 2017 "Por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015" determinó en cuanto al MECI y su evaluación lo siguiente:

Artículo 2.2.23.1 Articulación del Sistema de Gestión con los Sistemas de Control Interno. El Sistema de Control Interno previsto en la Ley 87 de 1993 y en la Ley 489 de 1998, se articulará al Sistema de Gestión en el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión -MIPG, a través de los mecanismos de control y verificación que permiten el cumplimiento de los objetivos y el logro de resultados de las entidades.

El Control Interno es transversal a la gestión y desempeño de las entidades y se implementa a través del Modelo Estándar de Control Interno -MECI

Artículo 2.2.23.2 Actualización del Modelo Estándar de Control Interno. La actualización del Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano -MECI, se efectuará a través del Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación Y Gestión MIPG, el cual será de obligatorio cumplimiento Y aplicación para las entidades Y organismos a que hace referencia el artículo 5° de la Ley 87 de 1993. (Subrayado fuera de texto)

Parágrafo. La Función Pública, previa aprobación del Consejo Asesor del Gobierno Nacional en materia de Control Interno, podrá actualizar Y modificar los lineamientos para la implementación del MECI.

Artículo 2.2.23.3 Medición del Modelo Estándar de Control Interno. Los representantes legales y jefes de organismos de las entidades a las que les aplica la Ley 87 de 1993 medirán el estado de avance del Modelo Estándar de Control Interno. Los jefes de control interno o quienes hagan sus veces realizarán la medición de la efectividad de dicho Modelo. La Función Pública establecerá la metodología, la periodicidad y demás condiciones necesarias para tal medición y recogerá la información a través del Formulario Único de Reporte y Avance de Gestión -FURAG.

Acorde con lo anterior, el Informe Ejecutivo Anual anteriormente reglamentado a través del artículo 2.2.21.2.5 del Decreto 1083 de 2015, ha sido modificado, por lo que en adelante será a través del aplicativo FURAG que recolectara la información sobre el avance del Sistema de Control Interno en todas las entidades, por tratarse de una dimensión del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, por lo que el

indicador con su respectiva línea base no se ha generado a la fecha por parte de la Función Pública y en etapa de implementación éste se establecerá con fines informativos y no evaluativos.

ANEXOS:

- Informe de Gestión y Desempeño Institucional 2017

INDICADOR NUMERO 6:

PLAN DE DESARROLLO APROBADO ACUERDO N° 04 DE 2016

EJE TRAZADOR	OBJETIVO	LINEA ESTRATEGICA	PLAN/PROGRAMA/ PROYECTO	ACTIVIDADES	LINEA BASE	META PERIODO	META				
							2016	2017	2018	2019	2020
GESTIÓN DE LA TECNOLOGIA	OBJETIVO 5: Optimizar la capacidad instalada para asegurar la prestación del servicio.	Mejoramiento de la integración de los procesos clínicos con la gestión de su tecnología y su sistema de información	Programa de sistema de información ESENCIA	Implementación y desarrollo del Programa de sistema de información ESENCIA. (Incluye: Infraestructura y redes, Gestión Clínica y administrativa, Gestión Gerencial)	25%	Cumplimiento del programa de sistema integrado de información >80%	30%	40%	60%	75%	80%

PROPUESTO

EJE TRAZADOR	OBJETIVO	LINEA ESTRATEGICA	PLAN / PROGRAMA / PROYECTO	ACTIVIDADES	LINEA BASE	META PERIODO	META				
							2016	2017	2018	2019	2020
GESTIÓN DE LA TECNOLOGIA	OBJETIVO 5: Optimizar la capacidad instalada para asegurar la prestación del servicio.	Mejoramiento de la integración de los procesos clínicos con la gestión de su tecnología y su sistema de información	Programa de sistema de información ESENCIA	Implementación y desarrollo del Programa de sistema de información ESENCIA. (Incluye: Infraestructura y redes, Gestión Clínica y administrativa, Gestión Gerencial)	25%	Cumplimiento del programa de sistema integrado de información >95%	30%	40%	85%	90%	>=90%

JUSTIFICACIÓN:

Es necesario ajustar las metas definidas inicialmente debido a que los avances en la implementación programa de sistema de información ESENCIA permitieron cumplir la meta de manera anticipada en la vigencia 2017 que era del 40% y se alcanzó un cumplimiento de 78.1%, de la siguiente manera:

Implementación HARWARE Infraestructura 98.3%

Implementación RED DE DATOS 46.6%

Implementación SOFTWARE 89.4%

TOTAL AVANCE Programa ESENCIA: 78.1%

ANEXOS

1. Avance Programa Esencia.

INDICADOR NUMERO 7:

PLAN DE DESARROLLO APROBADO ACUERDO N° 04 DE 2016

EJE TRAZADOR	OBJETIVO	LINEA ESTRATEGICA	PLAN/PROGRAMA/ PROYECTO	ACTIVIDADES	LINEA BASE	META PERIODO	META				
							2016	2017	2018	2019	2020
TRANSFORMACIÓN CULTURAL PERMANENTE	OBJETIVO 6: Impactar en la transformación cultural y gestión del conocimiento	Desarrollo de estrategias para promover la comunicación y dialogo permanente.	Proyecto de Hospital Universitario	Evaluar el cumplimiento de la relación docencia - servicio	30%	Cumplimiento de requisitos de autoevaluación docencia-servicio al 100%	50%	70%	90%	100%	100%

PROPUESTO

EJE TRAZADOR	OBJETIVO	LINEA ESTRATEGICA	PLAN / PROGRAMA / PROYECTO	ACTIVIDADES	LINEA BASE	META PERIODO	META				
							2016	2017	2018	2019	2020
TRANSFORMACIÓN CULTURAL PERMANENTE	OBJETIVO 6: Impactar en la transformación cultural y gestión del conocimiento	Desarrollo de estrategias para promover la comunicación y dialogo permanente.	Proyecto de Hospital Universitario	Evaluar el cumplimiento de la relación docencia - servicio	30%	Cumplimiento de requisitos de autoevaluación docencia-servicio al 100%	50%	70%	90%	>90%	>90%

JUSTIFICACIÓN

Se debe ajustar el cumplimiento de las metas del año 2019 y 2020 >90% , porque siempre existe un margen de construcción hacia el mejoramiento, así como ajuste de norma por parte del Ministerio de Educación, el cual proyecta actualizar el Decreto 2006 de 2008 donde se dictan las disposiciones de la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud, como órgano responsable de la toma de decisiones derivadas de las funciones públicas relacionadas con la formación, el ejercicio y el desempeño del talento humano en salud, que requieran acciones conjuntas del hoy Ministerio de Salud y Protección Social y del Ministerio de Educación Nacional, y se estableció su conformación, funciones y operatividad.

ANEXOS:

1. Borrador del nuevo ajuste a Decreto 2006 de 2008, Por el cual se modifica el Decreto 2006 de 2008 y se dictan otras disposiciones.
2. Modelo académico

INDICADOR NUMERO 8:

PLAN DE DESARROLLO APROBADO ACUERDO N° 04 DE 2016

EJE TRAZADOR	OBJETIVO	LINEA ESTRATEGICA	PLAN/PROGRAMA/ PROYECTO	ACTIVIDADES	LINEA BASE	META PERIODO	META				
							2016	2017	2018	2019	2020
TRANSFORMACIÓN CULTURAL PERMANENTE	OBJETIVO 6: Impactar en la transformación cultural y gestión del conocimiento	Desarrollo de estrategias para promover la comunicación y dialogo permanente.	Proyecto de Hospital Universitario	Continuar con la implementación de Hospital Universitario	45%	Cumplimiento de requisitos de hospital universitario al 100%	60%	80%	90%	100%	100%

PROPUESTO

EJE TRAZADOR	OBJETIVO	LINEA ESTRATEGICA	PLAN / PROGRAMA / PROYECTO	ACTIVIDADES	LINEA BASE	META PERIODO	META				
							2016	2017	2018	2019	2020
TRANSFORMACIÓN CULTURAL PERMANENTE	OBJETIVO 6: Impactar en la transformación cultural y gestión del conocimiento	Desarrollo de estrategias para promover la comunicación y dialogo permanente.	Proyecto de Hospital Universitario	Continuar con la implementación de Hospital Universitario	45%	Cumplimiento de requisitos de hospital universitario al 100%	60%	80%	85%	>90%	>90%

JUSTIFICACIÓN

Uno de los requisitos para ser hospital universitario conforme a lo establecido en la Resolución 3409 de 2012 es estar acreditado. Dado que la E.S.E Hospital San Rafael Tunja en la vigencia 2017 suscribió convenio interadministrativo No 001053 con la Gobernación de Boyacá con fecha 04 de noviembre de 2016, cuyo objeto fue: AUNAR ESFUERZOS ADMINISTRATIVOS, TÉCNICOS Y FINANCIEROS ENTRE LA GOBERNACIÓN DE BOYACÁ Y LA ESE PARA LA REALIZACIÓN DEL DIAGNOSTICO INSTITUCIONAL DEL ESTADO DE IMPLEMENTACIÓN Y LÍNEA BASE DE LOS ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN EN SALUD DE ACUERDO A LA RESOLUCIÓN 0123 DE 2012, dando su operatividad a través del CONTRATO DE CONSULTORIA No. 236 DE 2017, SUSCRITO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA Y F.D.F. S.A.S y debido a que el proyecto de fortalecimiento del proceso de acreditación en la actualidad no cuenta con los recursos suficientes para darle continuidad y de esta manera mejorar significativamente los resultados que impacten positivamente en el proceso de acreditación y conforme al concepto emitido por esta firma consultora es necesario ajustar el indicador como se plantea anteriormente.

De igual manera Decreto 2376 de 2010 y el escalonamiento-reconocimiento en instituto de Colciencias frente al desarrollo del grupo de salud san Rafael de Tunja que para el año 2018 no ha salido aún la Convocatoria nacional para el reconocimiento y medición de Grupos de Investigación, Desarrollo Tecnológico o de Innovación y para el reconocimiento de Investigadores del Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación – SNCT.

ANEXOS:

1. Resolución 3409 de 2012 por la cual se define la documentación para efectos del reconocimiento de las Instituciones prestadoras de salud como Hospitales Universitarios
2. Resolución de Apertura 374 de 2017-Términos de Referencia
3. Documento conceptual del modelo de Reconocimiento y Medición de grupos de investigación e investigadores

INDICADOR NUMERO 9:

PLAN DE DESARROLLO APROBADO ACUERDO N° 04 DE 2016

EJE TRAZADOR	OBJETIVO	LINEA ESTRATEGICA	PLAN/PROGRAMA/ PROYECTO	ACTIVIDADES	LINEA BASE	META PERIODO	META				
							2016	2017	2018	2019	2020
TRANSFORMACIÓN CULTURAL PERMANENTE	OBJETIVO 6: Impactar en la transformación cultural y gestión del conocimiento	Desarrollo de estrategias para promover la comunicación y dialogo permanente.	Proyecto de Hospital Universitario	Implementar el programa de investigación de la entidad.	38%	Cumplimiento del programa de investigaciones al 100%	50%	70%	90%	100%	100%

PROPUESTO

EJE TRAZADOR	OBJETIVO	LINEA ESTRATEGICA	PLAN / PROGRAMA / PROYECTO	ACTIVIDADES	LINEA BASE	META PERIODO	META				
							2016	2017	2018	2019	2020
TRANSFORMACIÓN CULTURAL PERMANENTE	OBJETIVO 6: Impactar en la transformación cultural y gestión del conocimiento	Desarrollo de estrategias para promover la comunicación y dialogo permanente.	Proyecto de Hospital Universitario	Implementar el programa de investigación de la entidad.	38%	Cumplimiento del programa de investigaciones al 100%	50%	70%	90%	>=90%	>=90%

JUSTIFICACIÓN

El Hospital es pionero en incentivar el proceso formativo e investigativo se supedita a factores externos, como los son la finalización de tiempos de los proyectos de investigación y los tiempos de demora o negación de las revistas indexadas.

ANEXOS:

1. Resolución 305 de 2016 Modelo de investigación
2. GAC-M-02 Manual para el investigador

INDICADOR NUMERO 10:

PLAN DE DESARROLLO APROBADO ACUERDO N° 04 DE 2016

EJE TRAZADOR	OBJETIVO	LINEA ESTRATEGICA	PLAN/PROGRAMA/ PROYECTO	ACTIVIDADES	LINEA BASE	META PERIODO	META				
							2016	2017	2018	2019	2020
RESPONSABILIDAD SOCIAL	OBJETIVO 7: Promover programas de responsabilidad social y ambiental aportando al desarrollo sostenible.	Fortalecimiento de estrategias de responsabilidad social y conservación del medio ambiente.	Sistema de Geston Ambiental	Certificar y mantener la norma NTC ISO 14001:2004.	92%	Cumplimiento de los requisitos de la norma >=95%	>=95%	>=95%	>=95%	>=95%	>=95%

PROPUESTO

EJE TRAZADOR	OBJETIVO	LINEA ESTRATEGICA	PLAN / PROGRAMA / PROYECTO	ACTIVIDADES	LINEA BASE	META PERIODO	META				
							2016	2017	2018	2019	2020
RESPONSABILIDAD SOCIAL	OBJETIVO 7: Promover programas de responsabilidad social y ambiental aportando al desarrollo sostenible.	Fortalecimiento de estrategias de responsabilidad social y conservación del medio ambiente.	Sistema de Geston Ambiental	Certificar y mantener la norma NTC ISO 14001:2004.	92%	Cumplimiento de los requisitos de la norma y/o Mantener la Certificación	>=95%	>=95%	Mantener la Certificación		

JUSTIFICACIÓN

Es necesario ajustar la meta para el periodo ya que esta norma en la vigencia 2017 fue certificada por el ICONTEC, y de esta manera es necesario asegurar la transición a la nueva versión ISO 14001:2015.

ANEXOS:

1. Certificado de ICONTEC

INDICADOR NUMERO 11:

PLAN DE DESARROLLO APROBADO ACUERDO N° 04 DE 2016

EJE TRAZADOR	OBJETIVO	LINEA ESTRATEGICA	PLAN/PROGRAMA/ PROYECTO	ACTIVIDADES	LINEA BASE	META PERIODO	META				
							2016	2017	2018	2019	2020
RESPONSABILIDAD SOCIAL	OBJETIVO 7: Promover programas de responsabilidad social y ambiental aportando al desarrollo sostenible.	Fortalecimiento de estrategias de responsabilidad social y conservación del medio ambiente.	Sistema de Gestión en Seguridad y Salud Ocupacional	Certificar y mantener el cumplimiento de la norma OHSAS 18001:2007.	88%	Cumplimiento de los requisitos de la norma >=95%	>=95%	>=95%	>=95%	>=95%	>=95%

PROPUESTO

EJE TRAZADOR	OBJETIVO	LINEA ESTRATEGICA	PLAN / PROGRAMA / PROYECTO	ACTIVIDADES	LINEA BASE	META PERIODO	META				
							2016	2017	2018	2019	2020
RESPONSABILIDAD SOCIAL	OBJETIVO 7: Promover programas de responsabilidad social y ambiental aportando al desarrollo sostenible.	Fortalecimiento de estrategias de responsabilidad social y conservación del medio ambiente.	Sistema de Gestión en Seguridad y Salud Ocupacional	Certificar y mantener el cumplimiento de la norma OHSAS 18001:2007.	88%	Cumplimiento de los requisitos de la norma y/o Mantener la Certificación	>=95%	>=95%	Mantener la Certificación		

JUSTIFICACIÓN

Es necesario ajustar la meta para el periodo ya que esta norma en la vigencia 2017 fue certificada por el ICONTEC, y de esta manera es necesario asegurar la transición de esta norma.

ANEXOS:

1. Certificado de ICONTEC

INDICADOR NUMERO 12:

PLAN DE DESARROLLO APROBADO ACUERDO N° 04 DE 2016

EJE TRAZADOR	OBJETIVO	LINEA ESTRATEGICA	PLAN/PROGRAMA/ PROYECTO	ACTIVIDADES	LINEA BASE	META PERIODO	META				
							2016	2017	2018	2019	2020
RESPONSABILIDAD SOCIAL	OBJETIVO 7: Promover programas de responsabilidad social y ambiental aportando al desarrollo sostenible.	Fortalecimiento de estrategias de responsabilidad social y conservación del medio ambiente.	Buenas practicas de elaboración	Mantener la certificación en Buenas practicas de elaboración (Resolución 444 de 2008 o la que la modifique)	100%	Cumplimiento de requisitos de Buenas practicas de elaboración al 100%	100%	100%	100%	100%	100%

PROPUESTO

EJE TRAZADOR	OBJETIVO	LINEA ESTRATEGICA	PLAN / PROGRAMA / PROYECTO	ACTIVIDADES	LINEA BASE	META PERIODO	META				
							2016	2017	2018	2019	2020
RESPONSABILIDAD SOCIAL	OBJETIVO 7: Promover programas de responsabilidad social y ambiental aportando al desarrollo sostenible.	Fortalecimiento de estrategias de responsabilidad social y conservación del medio ambiente.	Buenas practicas de elaboración	Mantener la certificación en Buenas practicas de elaboración (Resolución 444 de 2008 o la que la modifique)	100%	Cumplimiento de los requisitos de la norma y/o Mantener la Certificación	100%	100%	Mantener la Certificación	Mantener la Certificación	Mantener la Certificación

JUSTIFICACIÓN

Es necesario ajustar la meta para el periodo ya que esta norma se encuentra certificada por el INVIMA, según Resolución No.2014010607, de igual manera en el artículo 3 de la Resolución 0444 el 12 de Febrero de 2018, establece que el certificado de cumplimiento de buenas prácticas de elaboración tendrá una vigencia de cinco (5) años.

ANEXOS:

1. Certificación INVIMA

INDICADOR NUMERO 13:

PLAN DE DESARROLLO APROBADO ACUERDO N° 04 DE 2016

EJE TRAZADOR	OBJETIVO	LINEA ESTRATEGICA	PLAN/PROGRAMA/ PROYECTO	ACTIVIDADES	LINEA BASE	META PERIODO	META				
							2016	2017	2018	2019	2020
RESPONSABILIDAD SOCIAL	OBJETIVO 7: Promover programas de responsabilidad social y ambiental aportando al desarrollo sostenible.	Fortalecimiento de estrategias de responsabilidad social y conservación del medio ambiente.	Buenas practicas de elaboración	Certificar y mantener las Buenas practicas de manufactura (Resolución 2011012580 de 2011 o la que la modifique)	58%	Cumplimiento de requisitos de Buenas practicas de manufactura al 100%	100%	100%	100%	100%	100%

PROPUESTO

EJE TRAZADOR	OBJETIVO	LINEA ESTRATEGICA	PLAN / PROGRAMA / PROYECTO	ACTIVIDADES	LINEA BASE	META PERIODO	META				
							2016	2017	2018	2019	2020
RESPONSABILIDAD SOCIAL	OBJETIVO 7: Promover programas de responsabilidad social y ambiental aportando al desarrollo sostenible.	Fortalecimiento de estrategias de responsabilidad social y conservación del medio ambiente.	Buenas practicas de elaboración	Certificar y mantener las Buenas practicas de manufactura (Resolución 2011012580 de 2011 o la que la modifique)	58%	Cumplimiento de los requisitos de la norma y/o Mantener la Certificación	100%	100%	Obtener Certificación	Mantener la Certificación	Mantener la Certificación

JUSTIFICACIÓN

Teniendo en cuenta la Resolución 4410 de 2009 y la lista de chequeo de aplicación Resolución 2011012580 de 2011 del Ministerio de Salud y Protección Social, es necesario dar cumplimiento a este reglamento técnico y requisitos aplicables para obtener la certificación en BPM y mantenerla durante su vigencia de 3 años.

ANEXOS:

- Informe de auditoría Interna

Elabora:

YIMMY GERARDO RODRIGUEZ ROA
Asesor Administrativo de Planeación/Calidad

Revisa:
HENRY MAURICIO CORREDOR CAMARGO
Asesor Desarrollo de Servicios.