



## PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL

VERSIÓN:  
1

ALCANCE: ESTE DOCUMENTO DEFINE LAS POLÍTICAS Y EL DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO DEL HOSPITAL

RESPONSABLE:  
GERENCIA

CÓDIGO:  
GER-PLAN001

FECHA DE ELABORACIÓN:  
2006-12-05

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:  
2007-07-30

# CAPITULO IV

## POLÍTICAS

### (Lineamientos del Plan de Desarrollo)

#### HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA IBAGUÉ TOLIMA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

El Plan de Desarrollo del Hospital, para los años 2007 - 2009, está orientado hacia un desarrollo técnico - científico, procurando un desarrollo integral y armónico de toda la institución, mejorando continuamente los procesos de atención, con un recurso humano altamente comprometido, una infraestructura física y dotación de equipos acorde a los requerimientos del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, (Habilitación), igualmente se deben proyectar servicios de III y IV nivel de complejidad, que no se están ofreciendo actualmente y que son importantes y necesarios de acuerdo con la demanda no atendida en el Departamento. En la prestación de los servicios se buscará siempre la satisfacción de los usuarios, manteniendo la finalidad social y como mínimo garantizando punto de equilibrio entre ingresos y gastos, proyectando su sostenibilidad en el tiempo, mediante una eficiente gestión comercial, soportada en información confiable y oportuna.

Los servidores públicos del Hospital responsables de procesos asistenciales y/o administrativos, para la elaboración de sus Planes de Desarrollo trianuales deben proyectarlos conforme a las políticas globales Nacionales, Departamentales e Institucionales, formuladas en este documento.

Las políticas las cuales se debe desarrollar el Plan, contienen cinco aspectos fundamentales:

#### 1. PLANEACIÓN

El Direccionamiento Estratégico es un aspecto fundamental en el procesos de mejoramiento continuo y la claridad en la misión, visión, principios, valores y objetivos corporativos, implica que cada Unidad Funcional tenga la misma direccionalidad al logro de lo los objetivos globales.

Los Planes de Desarrollo y Operativos deben ser coherentes, claros y aterrizados entre si para los tres años, e igualmente deben contribuir al logro de los objetivos globales

ELABORÓ: OFICINA DE CALIDAD Y PLANEACIÓN	REVISÓ: GERENCIA - SUBGERENCIA	APROBÓ: JUNTA DIRECTIVA ACUERDO N°	1
---------------------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------------	---

	<b>PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL</b>				<b>VERSIÓN:</b> 1
	ALCANCE: ESTE DOCUMENTO DEFINE LAS POLITICAS Y EL DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO DEL HOSPITAL	RESPONSABLE: GERENCIA	CÓDIGO: GER-PLAN001	FECHA DE ELABORACIÓN: 2006-12-05	FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 2007-07-30

del Hospital.

La programación presupuestal de cada año, igualmente debe obedecer a unos ingresos proyectados y al Plan de Desarrollo trianual, para lo cual las Unidades Funcionales de Recursos Financieros y Físicos y la Oficina Asesora de Planeación y Calidad, realizarán las proyecciones pertinentes y el seguimiento a la ejecución del mismo.

Para efectos de mejoramiento o adecuación de servicios actuales, conforme a los estándares de habilitación, ampliación, reducción o proyección de nuevos servicios, se tramitarán por la oficina de Planeación y Calidad, quien llevará el control de la ejecución de cada uno de los proyectos.

## 2. GESTIÓN DE CALIDAD

Conforme al proceso de mejoramiento continuo asumido por el Hospital y la normatividad vigente relacionada con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, los servidores públicos hospitalarios responsables de Unidades Funcionales y/o procesos asistenciales y administrativos, elaborarán sus planes de Desarrollo, Operativos y de mejoramiento continuo, dando cumplimiento a todos los estándares de Habilitación, manteniendo las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, incluyendo el desarrollo del Sistema de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad, estableciendo el Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la atención de salud, el cual debe comprender la auto-evaluación del proceso de atención de salud, desde el punto de vista del cumplimiento de las siguientes características: Accesibilidad, Oportunidad, Seguridad, pertinencia, continuidad y referencia y contrarreferencia y el Sistema de Información para la Calidad, conforme a la circular 30 de la supersalud del 19 de mayo y a la Resolución 1446 del 8 de mayo del 2006 .

En cuanto al Sistema Único de Acreditación, seguiremos trabajando en el proceso, los grupos conformados desde la primera auto evaluación, continuarán desarrollando acciones, con el propósito de cumplir dichos estándares. Igualmente es responsabilidad de cada Coordinador de Unidad Funcional y/o procesos asistenciales y administrativos, incluir dentro de sus planes las acciones de mejoramiento pertinentes que nos permitan en el corto plazo alcanzar estándares que son fundamentales en la calidad de la atención y la satisfacción de nuestros usuarios y en el mediano plazo lograr la acreditación del Hospital.

De igual manera como se desarrollen los avances en la acreditación, se trabajará en los procesos de certificación de servicios, conforme a la norma ISO – 9000 – 2000.

En este aspecto es necesario actualizar formular, definir, documentar, aplicar, controlar y hacer seguimiento a todos los procesos con sus respectivos indicadores, asistenciales

ELABORÓ:	REVISÓ:	APROBÓ:	2
OFICINA DE CALIDAD Y PLANEACIÓN	GERENCIA - SUBGERENCIA	JUNTA DIRECTIVA ACUERDO N°	

	<b>PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL</b>			<b>VERSIÓN:</b> 1
	ALCANCE: ESTE DOCUMENTO DEFINE LAS POLÍTICAS Y EL DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO DEL HOSPITAL	RESPONSABLE: GERENCIA	CÓDIGO: GER-PLAN001	FECHA DE ELABORACIÓN: 2006-12-05

y administrativos en todos los niveles de la organización que tienen contacto directo y/o indirecto con los usuarios, para contribuir de esta manera, al logro de los objetivos estratégicos y garantizar la calidad de la atención en forma integral, haciendo énfasis en la calidad humana, o humanización de la atención.

### 3. GESTIÓN HUMANA

Se deben tener completamente claros los perfiles, las competencias, el entrenamiento y la escala salarial dependiendo del grado de responsabilidad que deben tener los servidores públicos del hospital, conforme al plan de cargos y a los requerimientos de necesidades de recurso humano, en el marco de conceptos de equidad y equilibrio que mantengan la motivación del talento humano.

Desarrollar un plan de capacitación, según las necesidades del recurso humano, para desempeñar adecuada y eficientemente sus funciones, generando sentido de pertenencia y compromiso institucional. En el plan de desarrollo del recurso humano se debe incluir: Selección, Inducción, reinducción, entrenamiento, capacitación dirigida, estímulos, liderazgo y programas de motivación, integrando y mejorando los procesos de bienestar social y salud ocupacional, para generar una excelente atención al Usuario con oportunidad, amabilidad y respeto, por parte de todos los funcionarios responsables de la atención, sobre la base de un clima organizacional y un entorno favorable al crecimiento y motivación personal y profesional.

Evaluar periódicamente el desempeño de los servidores públicos, sin importar que sea de Planta o contrato, con el único propósito de mejorar continuamente la prestación de los servicios, con criterios uniformes sin ningún tipo de discriminación.

### 4. GESTIÓN COMERCIAL

- **Contratación:** De la capacidad que tenga la institución para promocionar, vender y contratar sus servicios, depende su viabilidad y sostenibilidad económica. Se debe proyectar sobre la necesidad de "mercadear" y "vender" los servicios de salud, brindando herramientas importantes frente a la promoción de los productos ofertados, la negociación y la contratación de los mismos. El Plan de mercadeo en salud del Hospital, debe comprender el análisis del entorno actual en salud y de cada uno de los potenciales compradores, valorando su cumplimiento, responsabilidad, honra de los compromisos y principio de gana - gana.
- **Facturación:** Este proceso complementa al anterior y debe ser uno de los puntos fuertes de la institución, por cuanto del buen desempeño de este servicio depende la recuperación de cartera, de tal manera que se liquide la prestación de todos los servicios producto de la atención al usuario, haciendo los registros sistemáticos e

ELABORÓ:	REVISÓ:	APROBÓ:	3
OFICINA DE CALIDAD Y PLANEACIÓN	GERENCIA - SUBGERENCIA	JUNTA DIRECTIVA ACUERDO N°	



## PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL

VERSIÓN:  
1

ALCANCE: ESTE DOCUMENTO DEFINE LAS POLÍTICAS Y EL DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO DEL HOSPITAL

RESPONSABLE:  
GERENCIA

CÓDIGO:  
GER-PLAN001

FECHA DE ELABORACIÓN:  
2006-12-05

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:  
2007-07-30

individuales de los procedimientos realizados a cada usuario, liquidarlos a las tarifas establecidas en cada contrato y cobrarlos oportunamente. El personal de esta área debe estar muy bien capacitado y comprometido con los procesos y con el Hospital. Desarrollar su trabajo en forma integral y coordinada con las áreas de contratación, cartera, auditoría y los servicios asistenciales, contando para ello con un sistema de información idóneo, que permita soportar confiablemente todos los procesos que alimenten el cobro y el recaudo.

- **Cartera:** Los recursos financieros del hospital se obtienen con base en los ingresos generados por la venta de servicios de salud, por lo que es necesario tener una política de recuperación de cartera no mayor a 90 días, en consecuencia se establece un sistema de facturación dinámico y con la capacidad de ejecutar el cobro completo de los servicios prestados a los Usuarios. El no recaudo efectivo ocasiona serios problemas financieros y atenta contra la sostenibilidad y contra el logro de los objetivos y la misión del Hospital. El nivel mínimo de recaudo debe situarse por encima del 90% de la venta y facturación en el lapso de tiempo mencionado y la glosa no debe pasar del 1.5%.
- **Costos:** Definir los costos por unidad producida y el alcance mediante el análisis por centro de producción en cada uno de los servicios asistenciales, hacer un uso adecuado de la información que produce el sistema de costos, para que sirva como parámetro de comparación en la definición de tarifas de la Institución al momento de contratar y/o vender servicios, garantizando la confiabilidad de la misma. Aunque el servicio de salud, perse (como la mayoría de negocios lícitos), no genera grandes excedentes y nuestro deber ser no es el lucro, sino la rentabilidad social, debemos procurar como mínimo a través de la contención de costos en las diferentes esferas de la administración y la producción, obtener rentabilidad económica mínimo del 15%.
- **Auditoría de Cuentas:** Dar solución oportuna a las observaciones que se llegaren a presentar mediante el uso de acuerdos con la entidad respectiva, estableciendo tiempos óptimos y oportunos de respuesta, para agilizar el proceso. Coordinar con las áreas de Contratación, facturación y cartera las diferentes actividades para ofrecer una información integral y fiable.

Generar información estadística periódica, confiable que retroalimente a todos los actores del proceso comercial, en lo respectivo a causas de glosas y sugerencias de mejora, de modo que se busque solucionar de raíz los problemas generadores de glosas.

ELABORÓ: OFICINA DE CALIDAD Y PLANEACIÓN	REVISÓ: GERENCIA - SUBGERENCIA	APROBÓ: JUNTA DIRECTIVA ACUERDO N°	4
---------------------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------------	---

	<b>PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL</b>			<b>VERSIÓN: 1</b>
	ALCANCE: ESTE DOCUMENTO DEFINE LAS POLÍTICAS Y EL DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO DEL HOSPITAL	RESPONSABLE: GERENCIA	CÓDIGO: GER-PLAN001	FECHA DE ELABORACIÓN: 2006-12-05

## 5. CONTROL

Todos los servidores públicos y particulares que ejercen funciones públicas, respetarán y aplicarán los siguientes principios: Autocontrol, la Autogestión, la Autoevaluación y la Autorregulación, procurando la integración de todos los sistemas de gestión, garantizando el uso racional de los recursos, los cuales estarán destinados exclusivamente a la prestación de servicios de salud a la población usuaria y por ultimo todos se comprometen a orientar sus acciones ejecutoras de procesos siempre buscando la satisfacción de los usuarios, razón de ser de la Institución.

Dar cumplimiento y aplicación a la Normatividad vigente en materia de Control Interno en especial la Ley 87 de 1993 y el Decreto 1599 del 20 de Mayo de 2005 y su anexo técnico para que se implemente en el Hospital el Modelo MECI 1000:2005.

## 6. DOCENCIA SERVICIO

Cada una de las dependencias asistenciales debe revisar el componente de docencia servicio, bajo la coordinación de la Oficina de Docencia e Investigación del Hospital. La presencia de las Universidades, a través de los estudiantes y profesores, debe constituirse en una oportunidad de mejora en la calidad de la atención, en la creatividad e innovación que en el desarrollo de nuevas formas de hacer las cosas.

ELABORÓ:  OFICINA DE CALIDAD Y PLANEACIÓN	REVISÓ:  GERENCIA - SUBGERENCIA	APROBÓ:  JUNTA DIRECTIVA ACUERDO N°	5
-------------------------------------------------	---------------------------------------	----------------------------------------------	---