



PROYECTO PLAN DE GESTION GERENCIAL

INSTITUCIONAL PDI.
2020-2023

E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN

JORGE ALBERTO LEMUS BELLO
Gerente



PROYECTO DEL PLAN DE GESTION GERENCIAL

Tabla de contenido

| | | | |
|--|-----------|---|-----------|
| GENERAL | 4 | Indicador Numero 7 | 32 |
| ESPECIFICO | 4 | Indicador Numero 8 | 33 |
| MAPA DE PROCESO | 18 | Indicador Numero 9 | 34 |
| ORGANIGRAMA | 19 | Indicador Numero 10 | 36 |
| 5. ELABORACIÓN PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL..... | 20 | Indicador Numero 11 | 37 |
| 5.1 METODOLOGÍA | 20 | INDICADORES DE ÁREA DE GESTIÓN CLINICA Y ASISTENCIAL | 38 |
| 1. Fase De Preparación | 20 | Indicador Numero 12 | 38 |
| 2. Fase De Formulación | 20 | Indicador Numero 13 | 40 |
| Indicador Numero 1 | 21 | Indicador Numero 14 | 42 |
| Indicador Numero 2 | 23 | Indicador Numero 15 | 44 |
| Indicador Numero 3 | 25 | Indicador Numero 16 | 45 |
| GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA | 26 | Indicador Numero 17 | 46 |
| Indicador Numero 4 | 26 | 3. FASE DE APROBACIÓN | 47 |
| Indicador Numero 5 | 28 | 4. FASE DE EVALUACIÓN..... | 48 |
| | | NOTIFICACIÓN DE RESULTADOS | 48 |

PRESENTACIÓN

El Hospital Nuestra Señora Del Carmen de Guamal Magdalena es una Empresa Social del Estado del orden departamental, descentralizada de acuerdo con la ordenanza No 15 del 2 de junio de 1994, presenta servicios de atención en salud de baja complejidad a usuarios del área urbana y rural del municipio, de los cuales más del 80% son del régimen subsidiado

La metodología establecida para la elaboración, presentación y evaluación de los indicadores del plan de gestión 2020 – 2023, se realizó conforme a lo establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, para hospitales de primer nivel de complejidad.

La Ley 1438 de 2011, define en sus artículos 72 y 74 el procedimiento para la aprobación del Plan de Gestión de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial, además de la evaluación de directores o Gerentes de hospitales.

El Plan de Gestión del Hospital Nuestra Señora Del Carmen se establece como una herramienta que permitirá la evaluación del desempeño, basado en tres grupos de indicadores preestablecidos por la Resolución 710 de 2012, modificada por la resolución 743 de 2013 y resolución 408 de 2018:

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

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

La E.S.E Hospital Nuestra Señora del Carmen construyó el Plan de Gestión de manera participativa con el equipo de trabajo del área directiva, asistencial y administrativa, obedeciendo a un orden lógico que inicia desde la identificación de la fuente de la información de cada indicador, consolidación de la línea de base y diagnóstico hasta la formulación de estrategias a implementar para alcanzar las metas.



1.OBJETIVO

GENERAL

Establecer metas de gestión y resultados de la E.S.E Hospital Nuestra Señora del Carmen, para el periodo 2020 – 2023 en el que se identifican los compromisos de esta Gerencia, con respecto a la viabilidad financiera, calidad y eficiencia en la prestación de servicios en salud, en las áreas de Dirección y Gerencia, Financiera y Administrativa, y Gestión Hospitalaria.

ESPECIFICO

- Documentar el Plan de Gestión Gerencial de la ESE, para el periodo 2017 – 2020
- Integrar el Plan de Gestión, con plataforma estratégica, plan de desarrollo y planes operativos anuales.
- Lograr la cultura de la mejora continua en todos los procesos, evidenciando la calidad en la satisfacción del usuario.
- Buscar una rentabilidad social, con sostenibilidad económica de la institución.
- Prestar los servicios de Salud, con una cultura donde los costos sean parte esencial en la búsqueda de la competitividad.
- Garantizar la participación comunitaria como eje que permita el cumplimiento INTEGRRO de los propósitos institucionales.



MARCO LEGAL

LEY 1438 DE 2011: Define los contenidos, términos y procedimientos para la presentación, aprobación y evaluación del plan de gestión por parte de los gerentes o directores de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial.

DECRETO 1011 DE 2006: Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

DECRETO 2193 DE 2004: Establece las condiciones y procedimientos para disponer de información periódica y sistemática que permita realizar el seguimiento y evaluación de la gestión de las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud y evaluación del estado de implementación y desarrollo de la política de prestación de servicios de salud.

RESOLUCIÓN 256 DE 2016: Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud.

RESOLUCIÓN 123 DE 2012: Adopta los manuales que contienen los estándares de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario. Deroga el artículo 2 de la Resolución 1445 de 2006.

RESOLUCIÓN 710 DE 2012: 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.

RESOLUCIÓN 743 DE 2013: Por la cual se modifica la Resolución 710 de 2012 y se dictan otras disposiciones, referente a los anexos 2, 3 y 4.



RESOLUCIÓN 408 DE 2018: Por la cual se modifica la Resolución 710 de 2012 modificada por la resolución 743 de 2012 y se dictan otras disposiciones, referente a los anexos 2, 3 y 4.

RESOLUCIÓN 2181 DE 2008: Por la cual se expide la Guía Aplicativa del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de carácter público.

CIRCULAR 0012 DE 2016: Se imparten instrucciones en lo relacionado con el programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud - PAMEC- y el sistema de información para la calidad.

CIRCULAR 009 DE 2015: Se requiere la presentación de información periódica a las empresas sociales del estado que detalle las gestiones adelantadas en las áreas asistencial, administrativa y financiera. Para Gerentes que no se encuentren en propiedad o vigencias que no sean objeto de evaluación por Junta Directiva.



PLATAFORMA ESTRATÉGICA

MISIÓN

Somos un hospital público de baja complejidad que ofrece servicios de salud con criterios de calidad, seguridad y oportunidad; contamos con un recurso humano idóneo comprometido con la mejora continua de los procesos asistenciales orientados hacia la satisfacción del usuario y su familia.

VISIÓN

En el 2023 seremos reconocidos como un hospital que ofrece servicios de salud oportunos y de calidad, apoyado en su equipo humano e infraestructura física y tecnológica, fijando como propósito el fortalecimiento de los servicios habilitados y dando apertura a nuevas estrategias de atención que permitan convertirnos en una institución eficiente y humanizada.

VALORES INSTITUCIONALES

La ESE Hospital Nuestra Señora del Carmen tiene establecido en su **Código de Ética y Buen Gobierno** el marco de la filosofía del servicio que presta, las normas morales y éticas, además de los valores cotidianos que se constituyen en las creencias que nos unen en torno a nuestros usuarios y partes interesadas, y a través de ello, se rige la conducta y actuar de cada integrante de la E.S.E los cuales se recogen en los siguientes valores:



ORIENTACION AL USUARIO: *El hospital actuará en todo momento en función de satisfacer las necesidades y expectativas del usuario en materia de servicios de salud, impulsando una atención y trato personalizado.*

DILIGENCIA: *Los Funcionarios cumplirán con los deberes, funciones y responsabilidades asignadas a su cargo de la mejor manera posible, con atención, prontitud, destreza y eficiencia, para así optimizar el uso de los recursos.*

EFICACIA: *La actuación de los funcionarios del Hospital se orientará hacia la adopción de decisiones que garanticen el mejor resultado, concreción de logros que afecten los servicios de salud que se prestan al usuario.*

EFICIENCIA: *Los funcionarios del Hospital actuarán responsablemente con el uso de los recursos para lograr los mejores resultados, reconociendo que éstos son limitados, y eligiendo entre alternativas que pueden suministrar el mayor beneficio.*

INNOVACIÓN: *El Hospital y los funcionarios de este, deberán tener orientación a fomentar y crear nuevas ideas imprimiendo creatividad e imaginación lo que nos permitirá mejorar y fortalecer nuestra competitividad y liderazgo.*

HONESTIDAD: *Nos comprometemos en actuar y desarrollar nuestra misión en un ambiente de transparencia de cara a la verdad y en cumplimiento a la ley.*

RESPECTO: *Propiciamos el respeto a la persona, reconocimiento y compromiso al valor de la diversidad de ideas y puntos de vista de los colaboradores, de los usuarios y sus familias. Tenemos especial preocupación por aquellos que se encuentran en estado de vulnerabilidad.*

TRABAJO EN EQUIPO: *Fomentamos la colaboración al interior del hospital, con la red asistencial y la comunidad, respetando y valorando nuestras diferencias, fortaleciendo las relaciones interpersonales y priorizando el éxito del equipo por encima del éxito individual.*

COMPROMISO: *Trabajamos comprometidos más allá de nuestro simple deber, generando siempre nuestro mayor esfuerzo consecuentes a la capacidad de la entidad.*



ÉTICA: *Los funcionarios del Hospital sostendrán una conducta transparente, honesta y preocupada por la dignidad de todas las personas con las que se interactúa.*

VOCACION DE SERVICIO: *Los funcionarios del Hospital actuarán de manera solidaria y con un accionar desinteresado inclinándose a brindar en todo instante colaboración y/o ayuda.*

JUSTICIA: *Todos los funcionarios actuarán con imparcialidad garantizando los derechos de las personas, con equidad, igualdad y sin discriminación.*

CALIDAD: *La orientación hacia la calidad nos exige procedimientos para evaluar la eficiencia, la efectividad y la seguridad de las intervenciones preventivas, de apoyo y curativas. Actuaremos aplicando nuestro recurso maximizando los beneficios de salud con el mínimo riesgo, y la máxima satisfacción del paciente con el proceso.*

CONFIANZA: *Entregaremos esperanza y seguridad en nuestro actuar.*

PRINCIPIOS INSTITUCIONALES

COMPROMISO EN EL SERVICIO: *desarrollamos y mantenemos una destacada actitud de servicio frente a los usuarios y sus familiares, buscando soluciones eficaces que contribuyan a la mejora continua reflejada en la satisfacción de la asistencia generada por nuestro personal.*

TRANSPARENCIA INSTITUCIONAL: *Buscamos dar cumplimiento a nuestra misión y visión corporativa, con apego y cumplimiento a los valores éticos que permitan generar un ambiente transparente y una relación de mutuo beneficio entre usuarios, familiares y partes interesadas.*

MOVILIZADORES DE CAMBIO: *Como institución sabemos que nuestras acciones no solamente pueden quedar trazadas en nuestro compromiso de trabajo cotidiano, es por ello que procuramos llevar soluciones innovadoras haciendo uso de la capacidad institucional.*



COMPROMISO CON LA CALIDAD: Nos comprometemos con el logro de los mejores resultados a través de la prestación de nuestros servicios, desplegando una gestión efectiva, eficiente y oportuna de nuestros procesos y recursos.

RESPONSABILIDAD SOCIAL: A través de nuestro servicio, nos comprometemos con el desarrollo, el bienestar y el mejoramiento de la calidad de vida de nuestros funcionarios y las partes interesadas, apoyados en acciones responsables.

ARMONÍA CON EL MEDIO AMBIENTE: Nos comprometemos en que nuestras acciones estén ligadas en respetar, preservar y conservar un medio ambiente saludable.

Ilustración 2. Principios Institucionales





OBJETIVOS INSTITUCIONALES

El objeto de la ESE Hospital Nuestra Señora Del Carmen, es la prestación de servicios de salud en el primer nivel de complejidad; que serán ofrecidos en el marco del Sistema de Seguridad Social en Salud. Es por ello que la entidad desarrollará acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud (Artículo 4 del Acuerdo 001-2007).

Bajo este propósito institucional la ESE Hospital Nuestra Señora del Carmen enmarca sus objetivos, los cuales son:

- ✓ Asegurar y aumentar los niveles de satisfacción, oportunidad y calidez en la prestación del servicio.
- ✓ Prestar servicios de salud seguros y eficientes minimizando los riesgos para el paciente y su familia.
- ✓ fortalecer la gestión del talento humano enfocados en el trato digno con vocación de servicio.
- ✓ Asegurar la sostenibilidad financiera y desarrollo institucional generando rentabilidad económica y social.
- ✓ Optimizar la capacidad instalada para asegurar la prestación del servicio.
- ✓ Promover programas de responsabilidad social y ambiental aportando al desarrollo sostenible.

POLÍTICA DE SERVICIOS.

La institución presta servicios de salud de primer nivel de forma oportuna y pertinente basado en estándares de calidad con un enfoque humanizado, seguro y con compromiso social.

Objetivos

- Brindar servicios de salud sin barreras de Acceso.
- Fortalecimiento del programa de seguridad del paciente e implementación del mismo en todos los procesos.
- Diseñar estrategias que permita brindar una adecuada orientación a los usuarios que acceden a la institución.
- Sensibilizar al recurso humano para propender por un trato digno y humanizado durante la prestación del servicio de salud.



- Concientizar el talento humano institucional en la necesidad de aportar conocimiento y experiencia al personal en formación.
- Mejorar la calidad del dato y reporte de todos los eventos de notificación de vigilancia epidemiológica.

CALIDAD.

La E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN está comprometida con el mejoramiento continuo para lograr la satisfacción de los usuarios externos, su red de apoyo y usuarios internos, a través de la prestación de sus servicios integrales de salud orientados en un modelo de gestión y atención centrado en el usuario y su familia, basado en altos estándares de calidad.

Objetivos

- Avanzar en la implementación del Sistema Único de Acreditación.
- Fortalecer todos los procesos a partir del mejoramiento continuo.
- Crear estrategias para lograr una cultura de calidad.
- Aplicar los atributos de calidad en todos los procesos institucionales.

SST.

La Gerencia de la E.S.E. Hospital Nuestra Señora Del Carmen del Municipio de Guamal Magdalena, en su actividad de prestación de los servicios de salud, se compromete con la implementación de un Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo para la gestión de los riesgos laborales, que cubre todos sus centros de trabajo, sus trabajadores independientes de su forma de contratación o vinculación, incluyendo los contratistas y subcontratistas.

Objetivos

- Identificar los peligros, evaluar y valorar los riesgos y establecer los respectivos controles.
- Proteger la seguridad y salud de todos los trabajadores, mediante la mejora continua del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo.
- Cumplir la normatividad nacional vigente aplicable en materia de riesgos laborales.



- Definir y asignar los recursos financieros, técnicos y humanos necesarios para el diseño, implementación y mejora del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.
 - Desarrollar permanentemente actividades de prevención de accidentes de trabajo, enfermedades laborales y promoción de la salud.
 - Involucrar los aspectos de Seguridad y Salud en el Trabajo en los sistemas de gestión, procesos, procedimientos y decisiones en el Hospital.
- **SEGURIDAD DEL PACIENTE**

La gerencia se compromete a dar continuidad al programa de seguridad del paciente; con el objetivo de garantizar la prestación de los servicios con seguridad y calidad; basados en la identificación de riesgos, implementación de prácticas seguras que garanticen aprendizaje organizacional, cultura de seguridad y mejoramiento continuo de los procesos que fomenten la prevención de la ocurrencia de eventos adversos involucrando a funcionarios, paciente y red de apoyo.

Objetivos

- Fortalecer los programas de capacitación al cliente interno para identificar y prevenir la ocurrencia de eventos adversos en la organización.
- Motivar al cliente interno para continuar con la cultura de identificación y reporte de eventos e incidentes.
- Articular los procesos misionales y administrativos a través de auditorías concurrentes para identificar, gestionar y minimizar la ocurrencia de eventos.
- Fortalecer la evaluación de adherencia a guías, protocolos y procedimientos al personal asistencial y administrativo que garanticen prácticas seguras.



AMBIENTAL

Objetivos

- Fortalecer las estrategias institucionales que sensibilicen al usuario interno y externo sobre el ahorro de recursos, manejo de residuos y sustancias químicas.
- Diseñar programas que fomenten la sostenibilidad ambiental en la institución y en el municipio.
- Realizar seguimiento y autoevaluaciones que promuevan el mejoramiento continuo y la mitigación de los riesgos generados de la prestación de servicios de salud.
- Aportar a la implementación de las políticas ambientales del Departamento.

- HUMANIZACIÓN

La ESE Hospital Nuestra Señora Del Carmen como entidad prestadora de servicios de salud se compromete a instaurar e implementar la política de atención humanizada en salud, enfocada hacia el servicio integral del usuario y su familia, ofreciendo una asistencia con calidez humana que responda a sus necesidades y expectativas físicas, psicológicas, sociales, emocionales, culturales y espirituales; donde todo el personal de salud, brinde un trato amable, cálido y de respeto hacia la confidencialidad, la dignidad, fundamentados en los derechos y deberes de los pacientes sus familias y los funcionarios, con condiciones laborales justas.

Objetivos

- Generar desde el equipo directivo de la institución espacios laborales dedicados a la capacitación y sensibilización del personal.
- Conformar grupo de líderes que se comprometan y que representen a cada área del hospital y contribuyan al tema de humanización.
- Articular las estrategias de humanización con todos los procesos, para mejorar la prestación de los servicios y el clima laboral.
- Socializar y medir adherencia del programa de humanización institucional.

TIC's

La ESE Hospital Nuestra Señora Del Carmen se compromete a gestionar los recursos tecnológicos y físicos necesarios que garanticen la integralidad de la atención institucional, la adecuada operación de los procesos y el cumplimiento de las metas establecidas, así mismo fomentar desde los



lineamientos estratégicos el disponer de quipos, dispositivos médicos y tecnologías seguras, eficientes y efectivas acordes con el nivel de complejidad de la ESE, apoyando la prestación de servicios asistenciales de calidad.

Objetivos

- Realizar mantenimiento preventivo y correctivo en los equipos tecnológicos y biomédicos, identificando los que están en deterioro o que requieran cambio.
- Adquirir herramientas tecnológicas de acuerdo a la normatividad vigente que permita aumentar la calidad de la prestación de servicios buscando satisfacer las necesidades de la comunidad.
- Promover el adecuado uso de la tecnología nueva y usada, para prestar una atención segura y optimizar la vida útil de los equipos.
- Implementar un sistema de historias clínicas que nos permita tener una información más clara.

RECURSOS HUMANOS

La E.S.E Hospital Nuestra Señora Del Carmen se compromete a promover el bienestar de sus colaboradores a través del fortalecimiento de los programas de capacitación, seguridad y salud en el trabajo, y aquellos que sean necesarios para fortalecer el capital humano; contribuyendo al desarrollo institucional.

Objetivos

- Establecer el plan de capacitaciones institucional por perfiles y competencias, armonizado con el mapa de procesos.
- Fortalecer el programa de humanización y rediseñar sus estrategias beneficiando al usuario externo e interno.
- Diseñar herramientas de medición para evaluar y/ o medir el avance del proceso de Talento Humano.
- Fortalecer los subprocesos de selección, inducción, reinducción, evaluación de desempeño, clima laboral y bienestar social.
- Mejorar las condiciones de trabajo con la implementación del sistema de seguridad y salud en el trabajo.



POLÍTICA DE GESTIÓN DEL RIESGO

La E.S.E. Hospital Nuestra Señora Del Carmen, se compromete a establecer parámetros y controles de manera sistemática para la gestión integral de los riesgos administrativos, financieros y asistenciales determinando estrategias para la administración del riesgo que prevengan su materialización.

Objetivos

- Identificar riesgos en cada proceso de la institución para minimizar su materialización evitando acciones legales y judiciales.
- Capacitar al usuario interno en la gestión integral del riesgo para establecer controles que permitan cumplir con los objetivos institucionales.

FINANCIERA

La Institución se compromete a gestionar la sostenibilidad financiera a través de controles permanentes y auditorías a los sistemas de información garantizando liquidez, rentabilidad económica y social, con eficiencia, eficacia, razonabilidad y oportunidad en el flujo de información para la óptima prestación de servicios de salud.

Objetivos

- Mejorar el sistema de contratación con las EAPB y entes gubernamentales en cuanto a cobertura de servicios y ajuste de tarifas, así como comercializar nuestros servicios a otras entidades del área de influencia.
- Garantizar la facturación total de los servicios prestados y su radicación, así como la calidad de la misma, a fin de reducir los porcentajes de glosas y devoluciones.
- Reducir los tiempos de respuesta de Glosa y devoluciones acorde a lo establecido en el Decreto 4747 de 2007
- Depurar en su totalidad los saldos de cartera para establecer un registro real de cartera recuperable
- Realizar una gestión de cobro oportuna ante las entidades deudoras, garantizando el flujo de caja que permita la sostenibilidad financiera del hospital.
- Racionalizar el gasto frente al flujo de efectivo real, para garantizar el equilibrio financiero institucional.



SERVICIOS HABILITADOS EN LA ESE

El objeto de la ESE Hospital Nuestra Señora Del Carmen, es la prestación de servicios de salud en el primer nivel de complejidad servicio que será ofrecido en el marco del Sistema de Seguridad Social en Salud. Es por ello que la entidad desarrollará acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud (Artículo 4 del Acuerdo 001-2007).

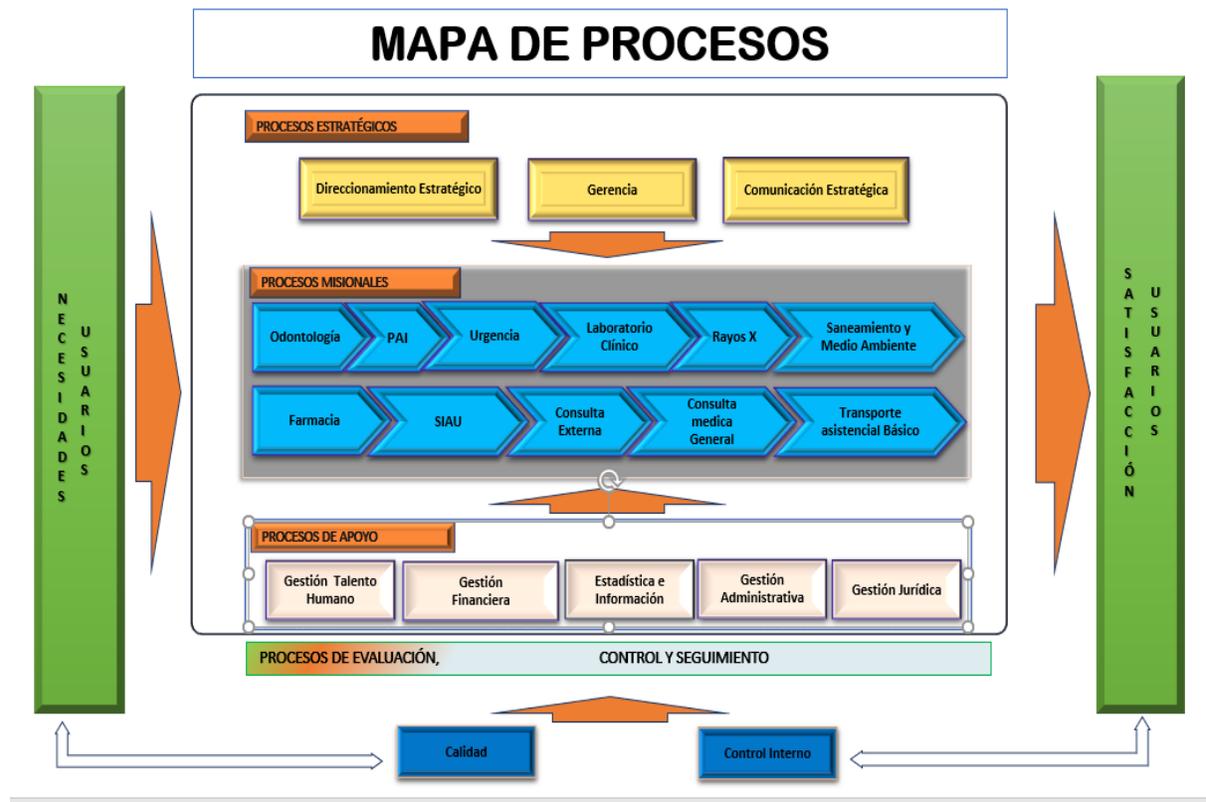
Los servicios que se encuentran habilitados en la ESE Hospital Nuestra Señora del Carmen son los que se recogen a continuación:

- *HOSPITALIZACION GENERAL ADULTOS*
- *HOSPITALIZACION GENERAL PEDIÁTRICA*
- *OBSTETRICIA*
- *ENFERMERÍA*
- *MEDICINA GENERAL*
- *NUTRICIÓN Y DIETÉTICA*
- *ODONTOLOGÍA GENERAL*
- *PSICOLOGÍA*
- *CONSULTA PRIORITARIA*
- *SERVICIO DE URGENCIAS*
- *TRANSPORTE ASISTENCIAL BÁSICO*
- *LABORATORIO CLÍNICO*
- *RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS*
- *TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO*
- *SERVICIO FARMACÉUTICO*
- *LABORATORIO CITOLOGÍAS CERVICO-UTERINAS*
- *TERAPIA RESPIRATORIA*
- *TAMIZACIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO*
- *PROTECCIÓN ESPECÍFICA - ATENCIÓN DEL PARTO*
- *PROTECCIÓN ESPECÍFICA - ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO*
- *DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO (MENOR A 10 AÑOS)*
- *DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES DEL DESARROLLO DEL JOVEN (DE 10 A 29 AÑOS)*
- *DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES DEL EMBARAZO*



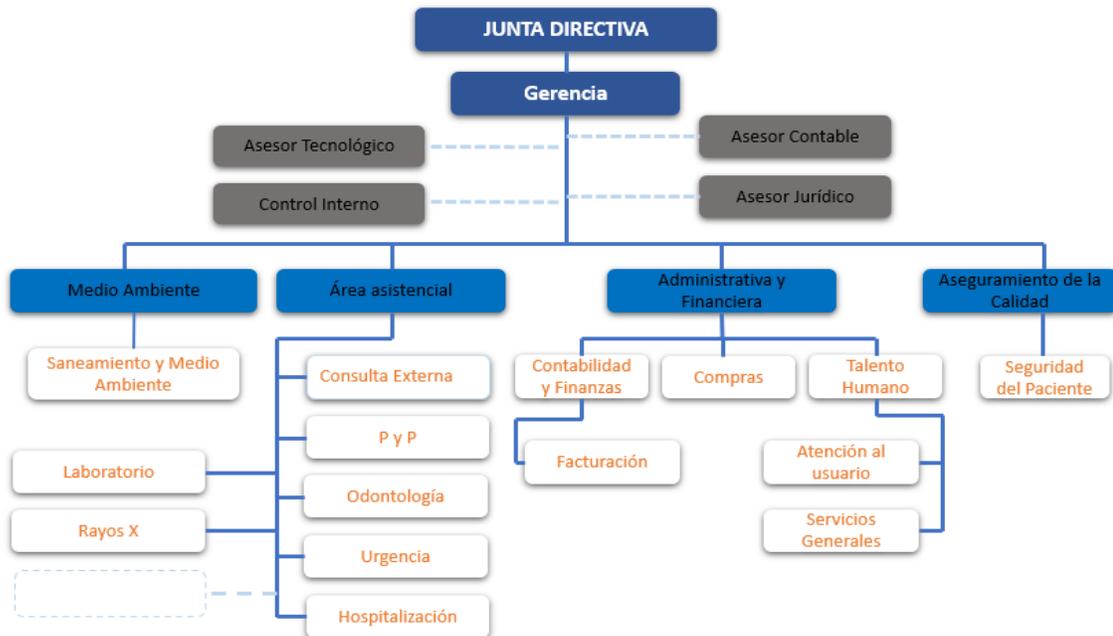
- *DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES EN EL ADULTO (MAYOR A 45 AÑOS)*
- *DETECCIÓN TEMPRANA - CÁNCER DE CUELLO UTERINO*
- *DETECCIÓN TEMPRANA – CÁNCER DE SENO*
- *DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES DE LA AGUDEZA VISUAL*
- *PROTECCIÓN ESPECÍFICA – VACUNACIÓN*
- *PROTECCIÓN ESPECÍFICA - ATENCIÓN PREVENTIVA EN SALUD BUCAL*
- *PROTECCIÓN ESPECÍFICA - ATENCIÓN EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR HOMBRES Y MUJERES*
- *PROCESO ESTERILIZACIÓN*

MAPA DE PROCESO





ORGANIGRAMA



CAPACIDAD INSTALADA

Capacidad Concepto Cantidad

| | |
|-------------------------------------|----|
| Camas Observación | 10 |
| Camas Adultos | 7 |
| Camas Pediatría | 4 |
| Camas obstetricia | 3 |
| Consultorio De Consulta Externa | 4 |
| Consultorio En Servicio De Urgencia | 3 |
| Mesa de parto | 2 |
| Unidad De Odontología | 2 |
| Ambulancia básica | 3 |



5. ELABORACIÓN PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL

5.1 METODOLOGÍA

Las fases para la construcción del Plan de Gestión son:

1. Fase De Preparación

- Revisión de documentación fuente de información y soportes de cada uno de los indicadores evaluados en el periodo 2016-2019, certificación de los mismos
- Realización de diagnóstico: se revisa el estado de cada indicador cualitativa y cuantitativamente.
- Levantamiento de línea de base para cada uno de los indicadores de gerencia, financiero y clínico-asistencial.
- Realización del análisis del comportamiento de cada indicador en el tiempo y observaciones

2. Fase De Formulación

- Reunión con el equipo directivo de sensibilización sobre la importancia de un Plan de Gestión y capacitación básica sobre el marco normativo que le rige.
- Realización de taller para el análisis de cada grupo de indicadores: factores que puedan afectar el resultado, estrategias de mitigación de desviaciones y actividades a realizar.
- Consolidación de matriz con las actividades planteadas y compromisos para el periodo 2020-2021.
- Definición de las metas anuales para cada indicador según la normatividad vigente.
- Construcción de documento maestro de Plan de Gestión 2020- 2023.



METAS DE GESTIÓN Y RESULTADOS, CON LÍNEA DE BASE POR INDICADORES, METAS ANUALES PARA EL PERÍODO GERENCIAL

GESTIÓN DE DIRECCIÓN Y GERENCIA

En esta área, se desarrollará las estrategias del plan de Desarrollo, en línea directa con el sistema de Gestión de Garantía de la Calidad, con el objetivo de cumplir con los objetivos propuestos, en torno de la Plataforma estratégica.

Indicador Numero 1

Mejoramiento Continuo De Calidad Aplicable A Entidades No Acreditadas Con Autoevaluación En La Vigencia Anterior

El objetivo de esta área es implementar y mantener la integración de objetivos e intereses de la ESE en torno a la Misión y Objetivos institucionales, establece las políticas, el direccionamiento y se fundamenta en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, como una unidad que plantea un modelo de mejoramiento continuo y óptimo rendimiento en la calidad de la prestación de los servicios en salud.

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



Tabla 2: Indicador Para Área De Gestión

| | |
|--|--|
| <p>No 1- INDICADOR</p> | <p>Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior</p> |
| <p>FÓRMULA</p> | <p>Promedio de la calificación de autoevaluación en la vigencia evaluada/ Promedio de la calificación de autoevaluación de la vigencia anterior.</p> |
| <p>OBSERVACIONES / SITUACIÓN ACTUAL</p> | <p>Durante las vigencias 2019 se realizó la autoevaluación de estándares de acreditación, con sus respectivos planes de mejoramiento bajo la resolución 123 de enero de 2012, dando una calificación bajo la modalidad de promedio de 1,05 respectivamente, es evidente la falta de continuidad en los procesos institucionales, mínimo progreso de la ejecución de los planes de mejoramiento , lo que se traduce en una reducción en la ejecución de las acciones de mejoramiento por cada uno de los grupos de estándares de acreditación. No se cuenta con la realización de la autoevaluación y sus respectivos planes de mejoramiento dentro de la institución, ni fue suministrada en el empalme, por lo cual no se reporta calificación.</p> |
| <p>ACCIONES PLANTEADAS</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Elaborar el plan de acción del ciclo de preparación para la acreditación. • Reactivar los equipos de Autoevaluación y grupos primarios, acorde con los grupos de estándares aplicables a la ESE y de acuerdo a los nuevos líderes definidos en cada Proceso. • Capacitar a los colaboradores de los equipos de autoevaluación en la metodología. • Establecer y registrar las fortalezas ajustadas a los estándares y oportunidades de mejora |



| | | | | |
|-------------------------------|---|-------|-------|-------|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Realizar la calificación acorde a la Hoja Radar • Realizar la priorización de las oportunidades de mejora acorde a la metodología de costo-riesgo y volumen • Presentar los resultados cualitativos y cuantitativos consolidados. inconformidades evidenciadas en la autoevaluación conjunto con PAMEC. | | | |
| ESTANDAR PROPUESTO | LOGRO PARA LA VIGENCIA | | | |
| | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 |
| Proyección de La calificación | ≥1.20 | ≥1.20 | ≥1.20 | ≥1.20 |
| Línea base | 1.20 | | | |

Indicador Numero 2

Efectividad En La Auditoría Para El Mejoramiento Continuo De La Calidad De La Atención En Salud

El Hospital Nuestra señora del Carmen, ha definido desde su comité de Calidad Mecanismos de seguimiento y evaluación para cumplir con los planes de mejoramiento, siempre con la mira puesta en la acreditación, Este indicador de cumplimiento lo basamos en las autoevaluaciones que se realizan y en especial en las rondas de seguridad, que junto con los líderes de proceso se realizan verificando la eficacia de sus acciones.

Tabla 3: Indicador Para Área De Gestión

| | |
|------------------------|--|
| No 2- INDICADOR | Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud |
| FÓRMULA | Número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas / total de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoría registrados en el PAMEC. |



| | | | | |
|---|---|------|------|------|
| OBSERVACIONES / SITUACIÓN ACTUAL | <p>Los resultados previos de este indicador se basan en los planes de mejoramiento derivados del plan de auditorías de calidad realizada durante la vigencia 2017, 2018 y 2019, de acuerdo a la priorización y cumplimiento del ciclo de mejoramiento continuo, ya que por medio de la auditoria de mejoramiento para la calidad se determina la calidad observada verificando la efectividad del proceso, obteniendo bases de comparación en cuanto a los resultados esperados a través de los indicadores.</p> | | | |
| ACCIONES PLANTEADAS | <ul style="list-style-type: none"> • Definir las acciones de mejoramiento para las oportunidades de mejora priorizadas de los estándares de acreditación • Identificar las posibles barreras o limitantes de las acciones de mejoramiento establecidas • Articular las acciones de cada eje priorizado a las generalidades asociadas a COVID 19. • Definir cronograma de ejecución de las acciones de mejoramiento • Hacer el seguimiento al cumplimiento y avance en las acciones de mejora establecidas. • Realizar la retroalimentación a los equipos de mejora, y tomar los ajustes necesarios cuando se presenten desviaciones. • Consolidar y presentar informe Trimestral | | | |
| ESTANDAR PROPUESTO | LOGRO PARA LA VIGENCIA | | | |
| | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 |
| Proyección de La calificación | ≥0.9 | ≥0.9 | ≥0.9 | ≥0.9 |
| Línea base | 1.0 | | | |



Indicador Numero 3

Gestión De Ejecución Del Plan De Desarrollo Institucional

Para el desarrollo de este indicador de cumplimiento, se provee del plan de desarrollo, que se presenta ante la Junta Directiva, con metas medibles, que se evalúan mensualmente, para el caso el Plan de Desarrollo denominado " *Servicio eficiente con calidad humana*". pone especial énfasis en el desarrollo de las políticas del Orden Nacional "PAIS" y desarrollado mediante la estrategia "MIAS".

Tabla 4: Indicador Para Área De Gestión

| | |
|---|--|
| No 3- INDICADOR | Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional |
| FÓRMULA | Número de metas del Plan Operativo anual cumplidas/ Número de metas del Plan operativo anual programadas. |
| OBSERVACIONES / SITUACIÓN ACTUAL | De acuerdo con la ejecución de estrategias y acciones establecidas en el cuadro de mando institucional en sus distintas perspectivas de clientes, financiera, procesos internos y desarrollo humano y tecnológico se evidencio un desempeño satisfactorio del 0.83. |
| ACCIONES PLANTEADAS | <ul style="list-style-type: none">• Socializar el Plan de Desarrollo Institucional• Capacitar en la metodología para la formulación de los Planes de Acción.• Formular los Planes por procesos incluyendo metas de producción, desplegando el Plan de Desarrollo Institucional 2020-2023.• Consolidar la ejecución del Plan de Desarrollo Institucional a través del seguimiento de las actividades y avances de los Planes de acción por proceso de la vigencia.• Ajustar el plan de Desarrollo a lineamientos asociados a COVID 19• Realizar los análisis de causa, estableciendo y ejecutando los planes de mejora cuando se presentan resultados no deseados o desviaciones no previstas. |



| | | | | |
|-------------------------------|--|------|------|------|
| | <ul style="list-style-type: none">• Elaborar y presentar informe de ejecución y gestión a Junta Directiva, entes de control, y ciudadanía en general, a través de los mecanismos formales y de rendición de cuentas. | | | |
| ESTANDAR PROPUESTO | LOGRO PARA LA VIGENCIA | | | |
| | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 |
| Proyección de La calificación | ≥0.9 | ≥0.9 | ≥0.9 | ≥0.9 |
| Línea base | 0.83 | | | |

GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA

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

Teniendo en cuenta que estos indicadores reflejan la sostenibilidad financiera de la entidad, serán monitorizados de manera permanente, para intervenir las posibles desviaciones que se pueden llegar a presentar por los riesgos de iliquidez por no pago a tiempo de las aseguradoras.

Indicador Numero 4

Índice De Riesgo Fiscal Y Financiero.

Tal como lo establece la Ley 1438 de 2011, Artículo 80 "el Ministerio de la Protección Social determinará y comunicará a las direcciones departamentales, municipales y distritales de salud, a más tardar el 30 de mayo de cada año, el riesgo de las Empresas Sociales del Estado teniendo en cuenta sus condiciones de mercado, de equilibrio y viabilidad financiero, a partir de sus indicadores financieros, sin perjuicio de la evaluación por indicadores de salud establecida en la mencionada ley".



Tabla 5: Indicador Para Área De Gestión

| | |
|---|---|
| No 4- INDICADOR | Riesgo Fiscal y Financiero |
| FÓRMULA | Adopción del programa de saneamiento Fiscal y Financiero |
| OBSERVACIONES / SITUACIÓN ACTUAL | En la vigencia 2019 la ESE Hospital nuestra señora del Carmen fue Categorizada SIN RIESGO. |
| ACCIONES PLANTEADAS | <ul style="list-style-type: none">• Fortalecer el recaudo mediante el mejoramiento en el proceso de facturación, radicación y respuesta de glosas.• Depurar la cartera a fin de establecer información real y confiable.• Fortalecer el proceso de facturación, ajustar las actividades desarrolladas con el fin de evidenciar mayor productividad.• Optimizar la capacidad instalada a fin de lograr un incremento en la producción.• Sensibilizar a los funcionarios en el uso racional, adecuado y efectivo de los recursos.• Generar lineamientos de austeridad, control y racionalidad en el gasto.• Reportar información oportuna, veraz y confiable al MPS.• Realizar análisis y plan de mejoramiento de acuerdo a los resultados y la calificación.• Evaluar la estrategia para el cumplimiento de metas de las actividades de promoción y prevención en el régimen subsidiado y formular acciones de mejora• Evaluar la formalización del empleo realizada previamente y su impacto financiero para proponer mejoras. |



| ESTANDAR PROPUESTO | LOGRO PARA LA VIGENCIA | | | |
|-------------------------------|------------------------|---------------|---------------|---------------|
| | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 |
| Proyección de La calificación | Sin Riesgo | Sin Riesgo | Sin Riesgo | Sin Riesgo |
| Línea base | SIN RIESGO | | | |

Indicador Numero 5

Evolución del Gasto por unidad de Valor Relativo Producida

Este Indicador compara el Total Gastos Comprometidos (en millones de pesos de año evaluado), sobre el /No. De UVR Producidas en la vigencia) con el de la vigencia anterior, midiendo la evolución en la eficiencia del gasto, de las Unidades de Valor relativo producida, las homologa por nivel de atención, con el fin de unificar la producción de los hospitales, el estándar ideal, es del 90% del costo del año anterior, buscando optimizar la producción de servicios con la contención de los gastos.

Ha sido propósito de esta Gerencia, establecer como regla de conducta la austeridad en el gasto, sin detrimento de la calidad de los servicios, lo que le ha permitido establecer niveles de costos óptimos.

Tabla 6: Indicador Para Área De Gestión

| | |
|------------------------|---|
| No 5- INDICADOR | Evolución del Gasto por unidad de Valor Relativo Producida |
| FÓRMULA | $\frac{[(\text{Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en el año objeto de la evaluación/ número de UVR producidas en la vigencia}) / (\text{Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia})]$ |



| | |
|---|--|
| | anterior en valores constantes del año objeto de evaluación / número de UVR producidas en la vigencia anterior)] |
| OBSERVACIONES / SITUACIÓN ACTUAL | <p>A través de este indicador se busca la eficiencia y transparencia en la contratación, adquisiciones y compras de las Empresas Sociales del Estado, para lo cual pueden asociarse entre sí, constituir cooperativas o utilizar sistemas de compras electrónicas o cualquier otro mecanismo que beneficie a las entidades con economías de escala, calidad, oportunidad y eficiencia, respetando los principios de la actuación administrativa y la contratación pública.</p> <p>Para la vigencia 2019 el comportamiento de este indicador corresponde al 0.93 es decir que el 93% de las compras de medicamentos y material médico.</p> |
| ACCIONES PLANTEADAS | <ul style="list-style-type: none">• Revisar la capacidad instalada vs producción• Verificar en el sistema de información la trazabilidad de la atención• Revisión de la facturación por los servicios prestados• Verificar los costos de producción acorde a los servicios prestados• Verificar los precios de venta de cada producto facturado vs costos de producción• Definir indicadores de seguimiento por Unidad Funcional y subproceso (priorizando el proceso financiero)• Establecer puntos de control en los diferentes procesos financieros y productivos• Implementar un proceso de costos y mecanismos de austeridad en el gasto.• Implementar auditoría al gasto en salud. |



| | <ul style="list-style-type: none"> Realizar seguimiento a la producción con base en la implementación del plan de contingencia asociado a COVID 19. | | | |
|-------------------------------|--|-------|-------|-------|
| ESTANDAR PROPUESTO | LOGRO PARA LA VIGENCIA | | | |
| | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 |
| Proyección de La calificación | <0.90 | <0.90 | <0.90 | <0.90 |
| Línea base | 0.93 | | | |

Indicador Numero 6

Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos:

- a. Compras conjuntas
- b. Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado
- c. Compras a través de mecanismos electrónicos

Pretende mirar en el año objeto, del total de las compras de medicamentos y material médico quirúrgico, que porcentaje se compró a cooperativas de hospitales o a través de mecanismos electrónicos.

Tabla 7: Indicador Para Área De Gestión

| | |
|------------------------|---|
| No 6- INDICADOR | Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante mecanismos de compras |
| FÓRMULA | Valor total de adquisiciones de medicamentos y material médico-quirúrgico realizadas mediante uno o más de los siguientes mecanismos (a) compras conjuntas (b) compras a través de cooperativas de ESE,(c) compras a través de mecanismos electrónicos/ Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico-quirúrgico |



| | | | | | | | | | | | |
|--|---|--------------------------|------|------------------------|------|----------------------------|-----|-------|--|---------------------------------|-----|
| <p>OBSERVACIONES / SITUACIÓN ACTUAL</p> | <p>A través de este indicador se busca la eficiencia y transparencia en la contratación, adquisiciones y compras de las Empresas Sociales del Estado, para lo cual pueden asociarse entre sí, constituir cooperativas o utilizar sistemas de compras electrónicas o cualquier otro mecanismo que beneficie a las entidades con economías de escala, calidad, oportunidad y eficiencia, respetando los principios de la actuación administrativa y la contratación pública.</p> <p>Analizando las compras realizadas mediante los diferentes mecanismos descritos anteriormente, obtenemos el siguiente resultado.</p> <table data-bbox="597 976 1312 1136"> <tr> <td>COMPRAS CONJUNTAS 2019 =</td> <td>\$0</td> </tr> <tr> <td>COMPRAS COOPERATIVAS =</td> <td>\$0</td> </tr> <tr> <td>COMPRAS MEC. ELECTRONICOS=</td> <td>\$0</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td>A- TOTAL COMPRAS X MEDIOS DESC.</td> <td>\$0</td> </tr> </table> | COMPRAS CONJUNTAS 2019 = | \$0 | COMPRAS COOPERATIVAS = | \$0 | COMPRAS MEC. ELECTRONICOS= | \$0 | <hr/> | | A- TOTAL COMPRAS X MEDIOS DESC. | \$0 |
| COMPRAS CONJUNTAS 2019 = | \$0 | | | | | | | | | | |
| COMPRAS COOPERATIVAS = | \$0 | | | | | | | | | | |
| COMPRAS MEC. ELECTRONICOS= | \$0 | | | | | | | | | | |
| <hr/> | | | | | | | | | | | |
| A- TOTAL COMPRAS X MEDIOS DESC. | \$0 | | | | | | | | | | |
| <p>ACCIONES PLANTEADAS</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Reformular e incluir este mecanismo en el manual de contratación. • Establecer estrategias de negociación y convenios que permitan la adquisición de medicamentos e insumos. | | | | | | | | | | |
| <p>ESTANDAR PROPUESTO</p> | <p>LOGRO PARA LA VIGENCIA</p> <table border="1" data-bbox="846 1570 1317 1619"> <tr> <td>2020</td> <td>2021</td> <td>2022</td> <td>2023</td> </tr> </table> | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | | | | | | |
| 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | | | | | | | | |
| <p>Proyección de La calificación</p> | <table border="1" data-bbox="846 1619 1317 1675"> <tr> <td>≥0.7</td> <td>≥0.7</td> <td>≥0.7</td> <td>≥0.7</td> </tr> </table> | ≥0.7 | ≥0.7 | ≥0.7 | ≥0.7 | | | | | | |
| ≥0.7 | ≥0.7 | ≥0.7 | ≥0.7 | | | | | | | | |
| <p>Línea base</p> | <p>0</p> | | | | | | | | | | |



Indicador Numero 7

Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior

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

Tabla 8: Indicador Para Área De Gestión

| | |
|---|--|
| No 7- INDICADOR | Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior |
| FÓRMULA | Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta o externalización de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación. B. [(Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación) - (Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior, en valores constantes)] |
| OBSERVACIONES / SITUACIÓN ACTUAL | El talento humano es primordial para el desarrollo de los objetivos estratégicos y fundamental para la prestación de servicios, por lo tanto, se requiere que el pago por concepto de su remuneración se realice de manera oportuna, para todos, independiente del tipo de vinculación |



| | la ESE con corte a 31 de diciembre de las vigencias 2019 y 2018, NO cuenta con pasivos causados en los estados financieros de la entidad por concepto de salarios del personal de planta y de contratación de servicios | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------|---|------|------|------|------|---|---|---|---|-------------------------|--|--|
| ACCIONES PLANTEADAS | <ul style="list-style-type: none"> • Adoptar una política de pago oportuno. • Formular un plan de pagos de los pasivos laborales. • Garantizar la disposición de los recursos antes de los 30 días del vencimiento de la obligación. | | | | | | | | | | | |
| ESTANDAR PROPUESTO | LOGRO PARA LA VIGENCIA | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1"> <thead> <tr> <th>2020</th> <th>2021</th> <th>2022</th> <th>2023</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Línea base - 14.129.702</td> </tr> </tbody> </table> | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 0 | 0 | 0 | 0 | Línea base - 14.129.702 | | |
| 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | | | | | | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | | | | | |
| Línea base - 14.129.702 | | | | | | | | | | | | |
| Proyección de La calificación | | | | | | | | | | | | |
| Línea base | | | | | | | | | | | | |

Indicador Numero 8

Utilización de información de Registro Individual de Prestaciones RIPS.

La junta directiva como órgano rector y de direccionamiento, debe contar con información oportuna para la toma de decisiones, esta gerencia, presentara permanentemente la información y los reportes, para su análisis y asesoramiento en lo referente a sus funciones.

La información de RIPS, nos permite el análisis de frecuencias de uso, cruce de diagnósticos, construir el perfil epidemiológico, revisión permanente al cumplimiento de metas de Promoción y Prevención para evitar glosas o disminuirlas y seguimiento a los contratos de capitación para establecer índices de frecuencia de uso por tipo de pagador.

Tabla 9: Indicador Para Área De Gestión

| | |
|------------------------|--|
| No 8- INDICADOR | Utilización de información de Registro individual de prestaciones (RIPS) |
| FÓRMULA | Número de informes del análisis de la prestación de servicios de la ESE a la junta directiva con base en RIPS en la vigencia |



| | | | | |
|---|---|------|------|------|
| OBSERVACIONES / SITUACIÓN ACTUAL | <p>El RIPS provee los datos que se requieren para hacer seguimiento a la prestación de servicios de salud en el marco del SGSSS. Su objetivo es servir de herramienta para la determinación del perfil de morbilidad y producción de servicios. Si bien se hacen incesantes esfuerzos por obtener información que permita la más adecuada planeación y organización de la prestación de servicios de salud, se ve limitada por la calidad en el registro y las restricciones del Sistema de Información actual.</p> | | | |
| ACCIONES PLANTEADAS | <p>Realización de COVES y comité de historias clínicas institucionales mensuales dando interpretación a los RIPS.</p> <p>Realizar consolidado trimestral de la situación epidemiológica de morbi-mortalidad de la ESE para ser presentado a la junta directiva en forma trimestral. (4 veces al año)</p> <p>Reporte de los informes a secretaria de salud municipal, para que sea tomada en cuenta en la programación de planes y programas.</p> | | | |
| ESTANDAR PROPUESTO | LOGRO PARA LA VIGENCIA | | | |
| | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 |
| Proyección de La calificación | 4 | 4 | 4 | 4 |
| Línea base | 3 | | | |

Indicador Numero 9

RESULTADO DE EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO



Este indicador permite evaluar que la financiación de los gastos incluyendo las cuentas por pagar de las vigencias anteriores, comparado con el recaudo de ingresos recaudados durante la vigencia, incluyendo las cuentas por cobrar de vigencias anteriores permanezca en equilibrio, Logrando la liquidez de la ESE, para el buen funcionamiento, y que todas las obligaciones contraídas (compromisos) sean pagadas con el recaudo (efectivo).

La situación del Sistema de salud, donde el pago por parte de las EPS es deficiente, lo cual nos obliga a una contención de los costos, y apalancar en los proveedores el funcionamiento, en condiciones normales los servicios facturados por El Hospital, son los suficientes para financiar la operación, pero el cobro de, cartera, es muy lento.

Tabla 10: Indicador Para Área De Gestión

| | |
|---|---|
| No 9- INDICADOR | Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo |
| FÓRMULA | Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (incluye recaudo de CxC de vigencias anteriores)/ Valor de la ejecución de gastos comprometidos incluyendo CxP de vigencias anteriores. |
| OBSERVACIONES / SITUACIÓN ACTUAL | Este indicador permite evaluar que la financiación de los gastos incluyendo las cuentas por pagar de las vigencias anteriores, comparado con el recaudo de ingresos durante la vigencia, incluyendo las cuentas por cobrar de vigencias anteriores permanezca en equilibrio. Información tomada Ficha técnica de la Página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social. . 0.96 |
| ACCIONES PLANTEADAS | 1. Armonizar la producción, con la facturación y el recaudo 2. Reactivación de comité de glosas, logrando conciliaciones y pagos de la contratación dentro de la vigencia |



| | | | | |
|-------------------------------|---|------|------|------|
| | <p>3. Propender por el sostenimiento financiero de la entidad</p> <p>4. Reflejar una contratación acorde a la producción, calidad y facturación de la ESE</p> | | | |
| ESTANDAR PROPUESTO | LOGRO PARA LA VIGENCIA | | | |
| | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 |
| Proyección de La calificación | ≥ 1 | ≥ 1 | ≥ 1 | ≥ 1 |
| Línea base | 0.96 | | | |

Indicador Numero 10

Oportunidad En La Entrega Del Reporte De Información En Cumplimiento De La Circular Única Expedida Por La Superintendencia Nacional De Salud O La Norma Que La Sustituya.

Tabla 11: Indicador Para Área De Gestión

| | |
|---|---|
| No 10- INDICADOR | 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 |
| FÓRMULA | Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente |
| OBSERVACIONES / SITUACIÓN ACTUAL | NO Se ha dado cumplimiento, con el envío de la información, en el sistema de Recepción y Validación de Archivos de la Superintendencia Nacional de Salud . |
| ACCIONES PLANTEADAS | <ul style="list-style-type: none"> • Adoptar el plan general de presentación de informes institucionales con un cronograma de inicio y fin de actividades, para garantizar la oportunidad y calidad de la información rendida. |
| LOGRO PARA LA VIGENCIA | |



| ESTANDAR PROPUESTO | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 |
|-------------------------------|---|---|---|---|
| Proyección de La calificación | Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente | Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente | Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente | Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente |
| Línea base | NO CUMPLE | | | |

Indicador Numero 11

Oportunidad En El Reporte De Informacion En Cumplimiento Del Decreto 2193 De 2004

Es un indicador absoluto que califica si se cumplió, se ha venido cumpliendo oportunamente con el reporte de la información establecida en el Decreto 2193 de 2004, y además en comité de calidad se analiza la información para realizar los ajuste y planes de mejoramiento. Se puede verificar en la misma página el cumplimiento de este indicador.

Tabla 12: Indicador Para Área De Gestión

| | |
|---|---|
| No 11- INDICADOR | 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 |
| FÓRMULA | Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente |
| OBSERVACIONES / SITUACIÓN ACTUAL | El Hospital ha dado cumplimiento a los plazos establecidos, cumpliendo los resultados del indicador |
| ACCIONES PLANTEADAS | <ul style="list-style-type: none"> • Adoptar el plan general de presentación de informes institucionales con un cronograma de inicio y fin de actividades, para garantizar la oportunidad y calidad de la información rendida. |



| ESTANDAR PROPUESTO | LOGRO PARA LA VIGENCIA | | | |
|-------------------------------|---|---|---|---|
| | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 |
| Proyección de La calificación | Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente | Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente | Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente | Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente |
| Línea base | CUMPLIDO | | | |

INDICADORES DE ÁREA DE GESTIÓN CLÍNICA Y ASISTENCIAL

Son las relacionadas con el conjunto de procesos orientados a la prestación de servicios de salud a los usuarios, en concordancia con su nivel de complejidad, portafolio de servicios y capacidad resolutoria a nivel asistencial. Se define la gestión clínica, como la estrategia de mejora que permite sistematizar y ordenar los procesos de atención en salud de forma adecuada y eficiente, sustentados en la mejor evidencia científica del momento y con la participación de los profesionales en la gestión para la toma de decisiones en torno al paciente. Las decisiones clínicas serán de calidad si generan eficiencia económica y no mero control del gasto.

Indicador Numero 12

Proporción de Gestión captadas antes de la semana 12 de gestación.

Tabla 13: Indicador Para Área De Gestión

| | |
|------------------|--|
| No 12- INDICADOR | Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación |
| FÓRMULA | Número de mujeres gestantes a quienes se le realizó por lo menos una valoración médica y se inscribieron el Programa |



| | |
|---|---|
| | <p>de Control Prenatal de la ESE, a más tardar en la semana 12 de gestación/Total de mujeres gestantes identificadas en la vigencia objeto de evaluación</p> |
| OBSERVACIONES / SITUACIÓN ACTUAL | <p>Para la evaluación de este indicador nos basamos en el número de ingresos de gestantes a los controles prenatales antes de las 12 sem de gestación, esto a través de historias clínicas, informes remitidos a las EAPB, y bases de datos manejadas en nuestra institución.</p> <p>Información suministrada por la oficina de estadística de la institución: 0.65</p> |
| ACCIONES PLANTEADAS | <ul style="list-style-type: none">• Incluir en programa de capacitaciones la Guía de Manejo de control prenatal.• Verificar la adherencia a la guía de control prenatal.• Fortalecer los mecanismos de promoción y prevención con enfoque intramural y extramural para la captación oportuna de gestantes• Promover la demanda inducida por parte del personal de salud para la captación oportuna de gestantes• Continuar con la revisión de la totalidad de los exámenes de gravidez y verificar la inscripción al programa de control prenatal• Capacitar continuamente al personal asistencial con incidencia en el proceso en torno al programa de control prenatal• Realizar reporte trimestral de la captación de gestantes y de los resultados del indicador, con el fin de tomar acciones preventivas• Fortalecer el ingreso a control prenatal y la consulta de control por medio de atención domiciliaria o teleconsultas durante el periodo asociado a la emergencia sanitaria por COVID 19. |



| | | | | |
|-------------------------------|--|-------|-------|-------|
| | <ul style="list-style-type: none"> Fortalecer la toma de laboratorios domiciliarios durante el periodo asociado a la emergencia sanitaria por COVID 19. Realizar asesoría psicológica a pacientes identificadas con deficiencia a la adherencia a controles prenatales Incentivar en los grupos de servicios amigables y curso psicoprofiláctico la importancia de la asistencia estricta y temprana a los controles prenatales. Fortalecer las actividades de asesoría en planificación familiar para disminución de casos de embarazos no deseados y facilitar el acceso a estos programas por telemedicina durante el periodo asociado a la emergencia sanitaria por COVID 19. Fortalecer la estrategia IAMII institucional. | | | |
| ESTANDAR PROPUESTO | LOGRO PARA LA VIGENCIA | | | |
| | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 |
| Proyección de La calificación | ≥0,85 | ≥0,85 | ≥0,85 | ≥0,85 |
| Línea base | 0,65 | | | |

Indicador Numero 13

Proporción de Gestión captadas antes de la semana 12 de gestación.

Tabla 14: Indicador Para Área De Gestión

| | |
|---------------------------------------|---|
| No 13- INDICADOR | Incidencia de Sífilis congénita en partos atendidos en la ESE |
| FÓRMULA | Numero de Recién Nacidos con diagnóstico de Sífilis congénita en población atendida por la ESE en la vigencia objeto de evaluación |
| OBSERVACIONES SITUACIÓN ACTUAL | para evaluar este indicador se tuvo en cuenta seguimiento a historias clínicas de las pacientes inscritas al programa de control prenatal así como, número de partos atendidos en |



| | | | | |
|--------------------------------------|---|-------------|-------------|-------------|
| | <p>la institución y seguimiento de notificaciones a SIVIGILA, encontrando que no se presentó casos para sífilis congénita en el municipio cumpliendo con el indicador evaluado.</p> | | | |
| <p>ACCIONES PLANTEADAS</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Incluir en programa de capacitaciones la guía de manejo de sífilis congénita. • Verificar la adherencia a la guía de sífilis congénita • Reportar a Jefe de programa desde laboratorio todo caso de serología positiva en gestante de manera inmediata. • Tomar prueba treponémica rápida a todas las gestantes el día del ingreso al control prenatal. • Realizar tratamiento de gestante y parejas de manera supervisada, verificando adherencia. • Realizar búsqueda activa continua de gestantes con lúes que abandonen tratamiento • Verificar cumplimiento de programa, a través de auditorías periódicas. • Fortalecer el ingreso a control prenatal y la consulta de control por medio de atención domiciliaria o teleconsultas durante el periodo asociado a la emergencia sanitaria por COVID 19. • Fortalecer la toma de laboratorios domiciliarios durante el periodo asociado a la emergencia sanitaria por COVID 19. • Fortalecer la estrategia IAMII institucional. • Seguimiento psicológico a casos de sífilis gestacional detectados. • Definir un médico exclusivo para manejo del programa | | | |
| <p>ESTANDAR PROPUESTO</p> | <p>LOGRO PARA LA VIGENCIA</p> | | | |
| | <p>2020</p> | <p>2021</p> | <p>2022</p> | <p>2023</p> |
| <p>Proyección de La calificación</p> | <p>0</p> | <p>0</p> | <p>0</p> | <p>0</p> |
| <p>Línea base</p> | <p>0</p> | | | |



Indicador Numero 14

Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía de atención de Enfermedad Hipertensiva

Tabla 15: Indicador Para Área De Gestión

| | |
|---|--|
| No 14- INDICADOR | Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía de atención de Enfermedad Hipertensiva |
| FÓRMULA | Numero de Historias Clínicas con aplicación estricta de la Guía de atención de Enfermedad Hipertensiva adoptada por la ESE/ Total de historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con Diagnostico de hipertensión arterial atendidos en la ESE en la vigencia objeto de evaluación |
| OBSERVACIONES / SITUACIÓN ACTUAL | Para evaluar este indicador se tomaron un total de muestras de historias clínicas, en las cuales se aplicó una lista de chequeo donde evaluamos adherencia a guías en el manejo de pacientes crónicos (HTA) arrojando que el 85% de los pacientes inscritos al programa hacen adherencia al tratamiento por lo cual cumple con el estándar propuestos. |



| | | | | |
|--------------------------------|--|------|-------------------------------|------|
| ACCIONES PLANTEADAS | <ul style="list-style-type: none"> • Incluir en programa de capacitaciones la Guía de Manejo de Hipertensión Arterial. • Verificar la conformidad de la revisión periódica de la base de datos de hipertensión y su actualización permanente. • Realizar informe trimestral del funcionamiento del programa de Hipertensión Arterial. • Tomar acciones con base en los resultados obtenidos en el informe presentado. • Fortalecer los controles de hipertensión arterial por medio de atención domiciliaria o tele consultas durante el periodo asociado a la emergencia sanitaria por COVID 19, de acuerdo a los protocolos definidos para tal fin. • Fortalecer la toma de laboratorios domiciliarios durante el periodo asociado a la emergencia sanitaria por COVID 19. • Fortalecer la entrega estricta de medicamentos, clasificando edad y riesgo del paciente. • Definir un médico exclusivo para manejo del programa | | | |
| | ESTANDAR PROPUESTO | | LOGRO PARA LA VIGENCIA | |
| | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 |
| Proyección de La calificación | ≥0,9 | ≥0,9 | ≥0,9 | ≥0,9 |
| Línea base | 0,85 | | | |



Indicador Numero 15

Evaluación de aplicación de guía de manejo de Crecimiento y desarrollo

Tabla 16: Indicador Para Área De Gestión

| | |
|---|--|
| No 15- INDICADOR | Evaluación de aplicación de guía de manejo de Crecimiento y Desarrollo |
| FÓRMULA | Numero de Historias Clínicas de niños (as) menores de 10 años 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 a quienes se atendió en consulta de crecimiento y desarrollo en la ESE en la vigencia |
| OBSERVACIONES / SITUACIÓN ACTUAL | <p>Para evaluar este indicador se tomaron un total de muestras de historias clínicas, en las cuales se aplicó una lista de chequeo donde evaluamos adherencia a guías en el manejo de los niños menores de 10 años inscritos al programa de crecimiento y desarrollo en nuestra institución, arrojando este que el 89% de los pacientes inscritos al programa hacen adherencia a guía, en los cuales se logró aplicar según todos los estándares de estas guías de atención.</p> <p>Información suministrada por la oficina de estadística de la institución: 0.85</p> |
| ACCIONES PLANTEADAS | <ul style="list-style-type: none"> • Incluir en programa de capacitaciones la guía de manejo de crecimiento desarrollo • Verificar la eficacia de las acciones de formación asociadas a la guía de crecimiento y desarrollo • Realizar informe trimestral del funcionamiento del programa • Tomar acciones con base en los hallazgos detectados • Fortalecer los controles de crecimiento y desarrollo por medio de atención domiciliaria o tele consultas (cuando sea |



| | <p>pertinente) incentivando la educación a padres y cuidadores durante el periodo asociado a la emergencia sanitaria por COVID 19, para detección de factores de riesgo.</p> <ul style="list-style-type: none"> Fortalecer la toma de laboratorios domiciliarios durante el periodo asociado a la emergencia sanitaria por COVID 19. | | | |
|-------------------------------|---|------|------|------|
| ESTANDAR PROPUESTO | LOGRO PARA LA VIGENCIA | | | |
| | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 |
| Proyección de La calificación | 0.80 | 0.80 | 0.80 | 0.80 |
| Línea base | 0.85 | | | |

Indicador Numero 16

Reingresos Por El servicio De Urgencias

Tabla 17: Indicador Para Área De Gestión

| | |
|---|--|
| No 16- INDICADOR | Reingresos por el servicio de urgencias |
| FÓRMULA | Número de consultas al servicio de urgencias, por la misma causa y el mismo paciente, mayor de 24 y menor de 72 horas/Total de consultas del servicio de urgencias durante el periodo |
| OBSERVACIONES / SITUACIÓN ACTUAL | Para este indicador se toma de los informes realizados, informes de calidad 2193 y de las historias clínicas, así como los RIPS de la ESE, adema de la información suministrada por la oficina de estadística de la institución: |
| ACCIONES PLANTEADAS | <ul style="list-style-type: none"> Evaluar la eficacia de los mecanismos internos utilizados en la obtención de la información asociada a reingresos, trazabilidad con facturación. Evaluar la eficacia de la orientación que da el médico al usuario y realizar seguimiento posterior a la alta médica. |



| | <ul style="list-style-type: none"> Realizar análisis de reingresos en urgencias, identificar las causas y establecer los planes de mejoramiento asociados. Verificar y evaluar la eficacia de las acciones tomadas. | | | |
|-------------------------------|---|-------|-------|-------|
| ESTANDAR PROPUESTO | LOGRO PARA LA VIGENCIA | | | |
| | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 |
| Proyección de La calificación | ≤0.03 | ≤0.03 | ≤0.03 | ≤0.03 |
| Línea base | 0.012 | | | |

Indicador Numero 17

Oportunidad promedio en la consulta médica general.

Tabla 18: Indicador Para Área De Gestión

| | |
|---|--|
| No 17- INDICADOR | Oportunidad promedio en la atención de consulta médica general |
| FÓRMULA | Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita, por cualquier medio, para ser atendido en la consulta médica general y la fecha para la cual es asignada la cita/Número total de consultas médicas generales asignadas en la institución |
| OBSERVACIONES / SITUACIÓN ACTUAL | Para este indicador se toma de los informes realizados a las EPS, informes de calidad 2193 y de las historias clínicas, así como las auditorías internas en la ESE e informes de atención al usuario, y la información suministrada por estadística de la institución. |



| | | | | |
|--------------------------------|---|------|-------------------------------|------|
| ACCIONES PLANTEADAS | <ul style="list-style-type: none"> • Verificar la eficacia de las prácticas de asignación de citas médicas. • Realizar seguimiento de las agendas, implementando estrategias para evitar la demanda insatisfecha del servicio. • Actualizar el análisis de oferta y demanda con el fin de mantener la oferta suficiente de consulta médica • Fortalecer la consulta ambulatoria por medio de atención domiciliaria o tele consultas durante el periodo asociado a la emergencia sanitaria por COVID 19 con la oportunidad descrita. | | | |
| | ESTANDAR PROPUESTO | | LOGRO PARA LA VIGENCIA | |
| | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 |
| Proyección de La calificación | ≤3 | ≤3 | ≤3 | ≤3 |
| Línea base | 1.01 | | | |

3. FASE DE APROBACIÓN

La fase de aprobación, consiste en el estudio, análisis y observación por parte de la Junta Directiva y posterior aprobación mediante Acuerdo en los términos que establece el artículo 73 de la Ley 1438 de 2011.

- El Gerente presenta el Plan de Gestión para la vigencia a la Junta Directiva.
- La Junta Directiva analiza el Plan de Gestión presentado, hace las observaciones pertinentes.
- Firma de acuerdo de aprobación del Plan de gestión



FASE DE EJECUCIÓN:

El gerente como responsable de la ejecución de este plan:

- Desplegara e informara a sus unidades funcionales y equipo de trabajo bajo la forma de planes de acción el presente plan.
- Evaluará en forma periódica los resultados y las evidencias.
- Presentar informe anual a la Junta Directiva sobre su ejecución.

4. FASE DE EVALUACIÓN

- Esta se efectuará en el año 2021, sobre el informe presentado por el gerente y es responsabilidad de la Junta Directiva.
- Se entregará a la Junta Directiva la herramienta de evaluación, la cual consistirá en una tabla en Excel con los valores ponderados para cada criterio y con las fórmulas que determinen de inmediato la calificación para cada uno de los ítem de evaluación para una ESE de I nivel , lo que arrojará de inmediato el total de la calificación de la evaluación del cumplimiento del plan de gestión y la valoración cuantitativa y cualitativa de mismo en relación a los resultados.

NOTIFICACIÓN DE RESULTADOS

Los miembros de la Junta Directiva harán constar mediante Acuerdo debidamente motivado, el resultado de la sumatoria de las calificaciones ponderadas, determinando si la misma es satisfactoria o insatisfactoria, notificando del mismo al gerente. Recursos contra la decisión de la Junta Directiva El Gerente podrá interponer recurso de reposición ante la Junta Directiva dentro de



los cinco (5) días hábiles siguientes a su notificación y de apelación ante el Superintendente Nacional de Salud, para resolver dichos recursos se contará con un término de quince (15) días hábiles. Implicaciones por evaluación insatisfactoria Una vez cumplido el proceso de evaluación y recursos, y en firme el resultado de la evaluación y esta fuere insatisfactorio dicho resultado será causal de retiro del gerente, para lo cual la Junta Directiva dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a haber quedado en firme el resultado de la evaluación, deberá solicitar al nominador con carácter obligatorio para éste, la remoción del gerente aún sin terminar su periodo, para lo cual el nominador deberá expedir el acto administrativo correspondiente dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes, contra este acto procederán los recurso.

Atentamente,



JORGE ALBERTO LEMUS BELLO
Gerente E.S.E
Hospital Nuestra Señora del Carmen