PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL 2017-2020

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL NIVEL II
SAN JUAN DEL CESAR - LA GUAJIRA

Proyectó: ELIANA MARGARITA MENDOZA MENDOZA- Gerente

EQUIPO DE APOYO

Manuel Mejía Vega- Subgerente Adminsitrativo

Laín López Martínez- Subgerente Científico.

Emelina Maestre Ortíz- Profesional Especializado área de la salud.

Roxana Mejía- Profesional Universitario De Apoyo Jurídico

Maxima Daza Mindiola- Profesional De Información Y Estadísticas

Enrique Celedón Villar- Asesor De Planeación

Leidis Manjarréz Daza- Asesora De Calidad

CONTENIDO

1. RESEÑA HISTORICA.....5
2. PLATAFORMA ESTRATÉGICA 7
2.1 OBJETIVO GENERAL 7
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 7
MISIÓN 8
VISIÓN.....8
PRINCIPIOS. 8
3. MARCO LEGAL.....10
4. PREPARACIÓN Y FORMULACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN 2017-2020.....12
OBJETIVO GENERAL 12
OBJETIVOS ESPECÍFICOS 12
4.1. PREPARACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN 2017-2020 13
4.2 FORMULACIÓN DEL DEL PLAN DE GESTIÓN 2017-2020 13
5. DIAGNÓSTICO INICIAL Y PROYECCIÓN DE INDICADORES 14
5.1 MEJORAMIENTO CONTÍNUO DE LA CALIDAD PARA ENTIDADES NO ACREDITADAS CON AUTOEVALUACIÓN EN LA VIGENCIA ANTERIOR 14
5.2 EFECTIVIDAD EN LA AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN EN SALUD. 15
5.3 GESTIÓN DE EJECUCIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 16
5.4 RIESGO FISCAL Y FINANCIERO.....17
5.5 EVOLUCIÓN DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO PRODUCIDA. 20
5.6 PROPORCIÓN DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MÉDICO- QUIRÚRGICO ADQUIRIDO MEDIANTE MECANISMOS DE COMPRA. 21
5.7 MONTO DE LA DEUDA SUPERIOR A 30 DÍAS POR CONCEPTO DE SALARIOS DE PERSONAL DE PLANTA POR CONCEPTO DE CONTRATACIÓN DE SERVICIOS Y VARIACIÓN DEL MONTO FRENTE A LA VIGENCIA ANTERIOR. 22

5.8 UTILIZACIÓN DE INFORMACIÓN DE REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (RIPS). 23

5.9 RESULTADO EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO 24

5.10 OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE REPORTE DE INFORMACIÓN EN CUMPLIMIENTO DE LA CIRCULAR ÚNICA EXPEDIDA POR LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD O LA NORMA QUE LA SUSTITUYA. 26

5.11 OPORTUNIDAD EN EL REPORTE DE INFORMACIÓN EN CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 2193 DE 2004 O LA NORMA QUE LA SUSTITUYA. 27

5.12 EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍAS DE MANEJO ESPECÍFICO PARA LAS HEMORRAGIAS DEL III TRIMESTRE O TRANSTORNOS HIPERTENSIVOS EN GESTANTES. 28

5.13 EVALUAR LA APLICACIÓN DE LA GUÍA DE MANEJO DE LA PRIMERA CAUSA DE EGRESO HOSPITALARIO O DE MORBILIDAD ATENDIDA. 29

5.14 OPORTUNIDAD EN LA REALIZACIÓN DE APENDICECTOMÍA 30

5.15 NÚMERO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON NEUMONÍA BRONCOASPIRATIVA DE ORIGEN INTRAHOSPITALARIO Y VARIACIÓN INTERANUAL 31

5.16 OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN ESPECÍFICA DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO AL EGRESO DE INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO (IAM). 32

5.17 ANÁLISIS DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA....33

5.18 OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN DE CONSULTAS CON PEDIATRÍA 34

5.19 OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN DE GINECO-OBSTETRICIA....35

5.20 OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN DE CONSULTA DE MEDICINA INTERNA. 36

6. CAPACIDAD INSTALADA 37

APROBACION PLAN DE GESTION 2017-2020 38

EJECUCION PLAN DE GESTION 2017-2020....39

EVALUACION PLAN DE GESTION 2016-2020 39

SOCIALIZACION PLAN DE GESTION 2017-2020....1

PRESENTACIÓN

El plan de gestión del Hospital San Rafael Nivel II, Empresa Social del Estado para la vigencia 2017-2020, es la herramienta y marco de acción de la gerencia; en el cual se plasma la responsabilidad gerencial ante la Junta Directiva de la ESE y la comunidad usuaria, de acuerdo a lo estipulado en la normatividad vigente; al igual que las metas de gestión y resultados relacionados con: Direccion y Gerencia, Gestion Clinica y Asistencial, Financiera y Administrativa.

El documento se construyó teniendo en cuenta el contenido de la Resolucion 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 y la Resolucion 743 de 2013 "Por la cual se modifica la Resolucion 710 de 2012 y se dictan otras disposiciones"*

El documento consigna aspectos estratégicos, y operativos partiendo de las línea bases de cada área, como punto de partida en la planeación de las estrategias a desarrollar para el periodo en el cual fui nombrada mediante Decreto No 525 del 20 de Diciembre de 2016 y acta de posesión de la misma fecha, que va desde el 20 de diciembre de 2016 al 31 de marzo de 2020.

Este plan de gestión presentado ante la Junta Directiva del Hospital San Rafael Nivel II, contiene los resultados a alcanzar durante el período 2017-2020, determinando las actividades a ser realizadas y las metas que deberán ser evaluadas anualmente.

En la construcción del documento se tomó como linea base, los indicadore de Dirección y Gerencia, Gestión Financiera y Administrativa y Gestión Clínica o Asistencial de la última evaluación realizada por la Junta Directiva en el Acuerdo No. 05 del 30 de marzo de 2016.

Cordialmente,

Eliana Margarita Mendoza Mendoza.
Gerente.

1. RESEÑA HISTORICA

El Hospital San Rafael Nivel II, es una empresa social del Estado de mediana complejidad, ubicado en el municipio de San Juan del Cesar – La Guajira; es una Institución adscrita al Departamento de la Guajira, que se originó como un Puesto de Salud y estaba conformado por una sala, un dormitorio y una pequeña cocina; más tarde paso a ser un Centro de Salud Integral y en 1963 empezó a funcionar como Hospital Local, Aprobado según resolución 0555 del 24 de mayo de 1963, emanada del Ministerio de salud; obtuvo la Personería Jurídica No. 765 en Junio de 1972, expedida por la Gobernación del Departamento de La Guajira.

En el año de 1988, se constituye en el Hospital Regional de la Baja Guajira, prestando atención de segundo nivel a la región y cumpliendo simultáneamente con la función de nivel local del municipio, brindando los servicios de Urgencias, con un Médico General, un Cirujano, un Ginecólogo, un Pediatra, las 24 horas del día, un equipo de enfermería en los tres turnos, cirugías programadas y urgencias.

Después fue trasladado a la nueva sede que fue inaugurada el día 15 de octubre de 1988 siendo Presidente Virgilio Barco Vargas, Ministro de Salud Dr. Luis Arracet Esquival, Gobernador Luis Felipe Ovalle Isaza y como Director del Hospital Práxedes Crispín Bolaño Brito.

De acuerdo con la Ley 100 de 1993, se reestructura el Sistema de Seguridad Social del País y se dicta la Ordenanza No. 017 de Mayo de 1994, por la cual se crea el Hospital San Rafael de San Juan del Cesar como Empresa Social del Estado, establecimiento público del orden departamental.Con el tiempo se incrementó la dotación del personal médico especializado, de enfermería y administrativo para convertirse hoy en el Hospital de referencia del Sur de la Guajira con una cobertura poblacional aproximada de 150.000 habitantes.

Entre los años 2003 y 2007, el gobierno nacional a través del Ministerio de Protección Social lideró el proyecto de reorganización de redes de prestación de servicios de salud, en la que la E.S.E Hospital San Rafael llevo a cabo los procesos de reorganización institucional, adquiriendo así la dimensión real de una institución de mediana complejidad.

Bajo la administración del Dr. José Eduardo Fernández Celedón, en el año 2003 se contrató la construcción de la planta administrativa. En el año 2007 se realizó la ampliación y remodelación de los Servicios de Urgencias, Cirugía, Sala de Partos, construcción de la Unidad de Cuidado Crítico Neonatal y Adulto, durante la administración de la Dra. Eliana Margarita Mendoza Mendoza.

El 6 de diciembre del año 2009, se construyó el auditorio de la institución bajo la gerencia del Dr. Marco Antonio Bolaños Vega y posteriormente se iniciaron las actividades en las nuevas instalaciones de las Unidades de Cuidados Intensivos en el año 2010.

En la actualidad la ESE presta servicios de mediana complejidad de Urgencias las 24 horas del día, Servicio de Hospitalización, Servicio de Cirugía y Sala de parto, Ginecobstetricia, Pediatría, Medicina Interna, Neumología, Ortopedia y Traumatología, Anestesiología, Urología, Oftalmología, Otorrinolaringología, Neurología, Neurocirugía, Cirugía Maxilofacial, Cirugía Plástica, Dermatología, Laboratorio Clínico, Servicio Transfusional, Radiología e Imágenes Diagnosticas, Transporte asistencial básico y medicalizado y Servicio de Farmacia las 24 horas.

En baja complejidad se prestan servicios de Consulta Médica General, Odontología, Fisioterapia, Psicología, Nutrición, Promoción y Prevención, Cito-patologías, Colposcopias y Toma de muestra para Laboratorio Clínico.

La institución cuenta con 60 camas de hospitalización, cuya infraestructura física es por pabellón horizontal; con habitaciones confortables, distribuidas en los servicios de: Hospitalización Pediátrica, Hospitalización de Medicina Interna, Hospitalización de Ginecoobstetricia y Hospitalización de Cirugía.

La E.S.E Hospital San Rafael Nivel II de San Juan del Cesar, cuenta con 54 empleados de planta y aproximadamente 436 trabajadores indirectos.

2. PLATAFORMA ESTRATÉGICA

El direccionamiento estratégico define la ruta organizacional que debe seguir la entidad para lograr sus objetivos misionales y estratégicos, que requiere de revisiones periódicas para ajustarlo a los cambios del entorno, al plan de gestión, plan de desarrollo y a las funciones de la entidad; cuya operación debe estar enmarcada en parámetros de calidad, eficiencia, eficacia y efectividad requeridos por la comunidad. Dicho direccionamiento estratégico en su parte general ha sido revisado y actualizado con la participación de los líderes y colaboradores del hospital. Como producto de este ejercicio se presenta el siguiente resultado:

2.1 OBJETIVO GENERAL

Lograr posicionamiento de la ESE en la región y liderazgo dentro de la red de prestadores públicos y privados, conforme a lo establecido en el modelo integrado de atención; con un amplio portafolio de servicios que garantice dicha integralidad y garantizar el flujo de recursos que permita mantener su sostenibilidad financiera y social.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

• Prestar servicios integrales de salud con oportunidad, trato digno y estándares de calidad apropiados según la normatividad vigente.

• Lograr niveles óptimos de satisfacción de los usuarios, la comunidad y demás demandantes de nuestros servicios.

• Prestar servicios asistenciales individuales y colectivos con calidad y eficiencia.

• Evaluar y controlar los procesos que se llevan en la ESE.

• Propender una cultura de calidad en la entidad que conduzca a una mejora continua de nuestros servicios.

• Diseñar y ejecutar planes de capacitación que permitan la actualización en sus competencias y sensibilización en la humanización del servicio en nuestro talento humano.

• Lograr la rentabilidad social y financiera de la institución.

MISIÓN

La ESE Hospital San Rafael Nivel II de San Juan del Cesar, en la búsqueda permanente de la excelencia tiene como misión prestar servicios integrales de salud con oportunidad, eficiencia, calidad y continuidad; utilizando alta tecnología, óptima infraestructura y personal altamente calificado, idóneo, con vocación de servicio, comprometidos con la satisfacción de nuestros usuarios, el mejoramiento de la calidad de vida y siendo gestores de la formación de estudiantes y profesionales de la salud.

VISIÓN

Para el 2018 la ESE Hospital San Rafael Nivel II de San Juan del Cesar, será un modelo de organización, cumpliendo estándares de acreditación y certificación, liderando la prestación de servicios integrales de salud; reconocida en el Departamento de La Guajira y toda la Región Caribe por la calidad de la atención, el respeto de los derechos de los usuarios y la formación de profesionales que propicien cambios positivos en los indicadores de salud de nuestra población.

PRINCIPIOS.

- ✓ **HUMANIZACIÓN:** Trato con calidez y dignidad.
- ✓ **PERTINENCIA:** Atención científica con el mínimo riesgo de acuerdo a la necesidad.
- ✓ **OPORTUNIDAD:** Garantizar los servicios requeridos sin retraso.
- ✓ **INTEGRALIDAD:** Cobertura de las necesidades de salud y satisfacción del usuario.
- ✓ **TRABAJO EN EQUIPO:** Cooperación y armonía

Los Valores que rigen la forma de actuar de los servidores públicos en esta Institución como es la E.S.E, Hospital San Rafael Nivel II de San Juan del Cesarr, se describen a continuación:

HONESTIDAD: Este valor busca en los servidores del Hospital generar confianza y credibilidad en la sociedad a través de comportamientos y actitudes íntegras y transparentes.

RESPONSABILIDAD: Los servidores de la ESE Hospital San Rafael Nivel II deben cumplir estrictamente sus funciones y deberes, asumiendo las consecuencias de las decisiones, actos u omisiones.

SENTIDO DE PERTENENCIA: Este valor busca que nuestros servidores se apropien del objeto social del hospital y según competencias asuman roles proactivos y actitudes colaborativas

LEALTAD: Este valor busca en los servidores del hospital desarrollar comportamientos de fidelidad, sinceridad en beneficio de los clientes y de la ESE, orientando nuestras acciones al cumplimiento de los objetivos institucionales; guardando el buen nombre dentro y fuera de ella.

EQUIDAD: Los usuarios serán atendidos por los servidores del hospital con igualdad, sin que medien barreras culturales, sociales, geográficas, económicas u organizacionales.

SOLIDARIDAD: Los servidores hospital desarrollan actitudes de fraternidad y ayuda mutua, promoviendo condiciones que permitan el crecimiento de las personas en todas las dimensiones posibles dentro de un ambiente de equidad y justicia social.

TOLERANCIA: Este valor busca que los servidores del hospital actúen respetando y aceptando las diferencias que caracterizan a las personas.

RESPETO: Se busca en los servidores del hospital valorar sus fortalezas, tolerar sus debilidades y aceptar su forma de pensar y actuar.

3. MARCO LEGAL

Ley 1438 de 2011. ***"****Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones"*. En su Artículo 72 establece:

> "***Elección y evaluación de Directores o Gerentes de Hospitales***. *"La Junta Directiva de la Empresa Social del Estado del orden territorial deberá aprobar el plan de gestión para ser ejecutado por el Director o Gerente de la entidad, durante el período para el cual ha sido designado y respecto del cual dicho funcionario deberá ser evaluado. Dicho plan contendrá, entre otros aspectos, las metas de gestión y resultados relacionados con la viabilidad financiera, la calidad y eficiencia en la prestación de los servicios y las metas y compromisos incluidos en convenios suscritos con la Nación o con la entidad territorial si los hubiere y el reporte de información a la Superintendencia Nacional de Salud y al Ministerio de la Protección Social. El plan de gestión deberá ajustarse a las condiciones y metodología que defina el Ministerio de la Protección Social. La evaluación insatisfactoria de dichos planes será causal de retiro del servicio del Director o Gerente para lo cual se deberá adelantar el proceso que establezca en la presente ley. En caso de que el cargo de Director o Gerente de una Empresa Social del Estado esté vacante a más tardar dentro de los sesenta (60) días calendario siguientes se iniciará un proceso de concurso público para su elección."*

En su articulo 73 establece el procedimiento para la aprobación del Plan de Gestion en en los siguientes términos: ***"Artículo 73. Procedimiento para la aprobación del Plan de Gestión de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial****. Para la aprobación del plan de gestión se deberá seguir el siguiente procedimiento:*

> *73.1 El Director o Gerente de la Empresa Social del Estado deberá presentar a la Junta Directiva el proyecto de plan de gestión de la misma, dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a su posesión en el cargo, o para los ya posesionados a los treinta (30) días hábiles siguientes a la expedición de la reglamentación. El proyecto de plan de gestión deberá ajustarse a las condiciones y metodología que defina el Ministerio de la Protección Social.*
>
> *73.2 La Junta Directiva de la respectiva Empresa Social del Estado deberá aprobar, el plan de gestión dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la presentación del plan de gestión.*
>
> *73.3 El gerente podrá presentar observaciones al plan de gestión aprobado en los 5 días hábiles siguientes a su aprobación, y se resolverá dentro de los diez (10) días hábiles siguientes.*
>
> *73.4 En caso de que la Junta Directiva no apruebe el proyecto de plan de gestión durante el término aquí establecido, el plan de gestión inicialmente presentado por el Director o Gerente se entenderá aprobado"*
>
> El articulo 74 regula la evaluación del Plan de Gestion, estableciendo **"*Artículo 74. Evaluación del Plan de Gestión del Director o Gerente de Empresas Sociales del Estado del orden***

territorial. *Para la evaluación de los planes de gestión, se deberá dar cumplimiento al siguiente proceso:*

74.1 El Director o Gerente de la Empresa Social del Estado del orden territorial deberá presentar a la Junta Directiva un informe anual sobre el cumplimiento del plan de gestión, el cual deberá ser presentado a más tardar el 1° de abril de cada año con corte al 31 de diciembre del año inmediatamente anterior. Los contenidos del informe y de la metodología serán definidos por el Ministerio de la Protección Social.

74.2 La Junta Directiva deberá evaluar el cumplimiento del plan de gestión del Director o Gerente, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la presentación del informe de gestión.

74.3 Los resultados de la evaluación se harán constar en un acuerdo de la Junta Directiva, debidamente motivado, el cual se notificará al Director o Gerente quien podrá interponer recurso de reposición ante la Junta Directiva dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a su notificación.

74.4 La decisión de la Junta Directiva tendrá recurso de reposición ante la misma junta y de apelación en el efecto suspensivo, ante el Superintendente Nacional de Salud, para resolver dichos recursos se contará con un término de quince días (15) hábiles.

74.5 Una vez cumplido el proceso establecido en el presente artículo y en firme el resultado de la evaluación y esta fuere insatisfactorio dicho resultado será causal de retiro del servicio del Director o 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 este, la remoción del Director o Gerente aun sin terminar su período, para lo cual el nominador deberá expedir el acto administrativo correspondiente dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes, contra este acto procederán los recursos de ley.

74.6 La no presentación del proyecto de plan de gestión o del informe de cumplimiento del plan de gestión dentro de los plazos señalados en la presente norma, conllevará a que la Superintendencia Nacional de Salud, en los términos y plazos establecidos para tal fin, produzca de manera inmediata la evaluación no satisfactoria, la cual será causal de retiro."

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 y sus anexos técnicos Ministerio de Salud y Protección Social**.** ***"Por medio de la cual se modifica la Resolución 710 y se dictan otras disposiciones".***

4. PREPARACIÓN Y FORMULACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN 2017-2020

OBJETIVO GENERAL

Evaluar el alcance de las metas e indicadores de gestión y resultados relacionados con la producción y mejoramiento de la calidad, eficiencia en la prestación de los servicios, sostenibilidad financiera y eficiencia en el uso de los recursos de la ESE Hospital San Rafael Nivel II.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer los compromisos del gerente relacionados con la gestión gerencial, financiera y asistencial, buscando la viabilidad financiera, calidad en la prestación de servicios y eficiencia de los procesos de la ESE; a partir del diagnóstico realizado a la entidad.

- Cumplir los requisitos establecidos en la Resolución 473 de 2008 y Resoluciones 710 de 2012 y 743 de 2013 para la elaboración y presentación del plan de gestión correspondiente al periodo para el cual he sido nombrada.

- Fijar las líneas estratégicas que articulen los distintos planes de gestión institucional, mediante el establecimiento de metas de indicadores conforme a lo previsto en las normas vigentes.

- Establecer lineamientos en los procesos administrativos y asistenciales que permitan la generación de rentabilidad social y económica, manteniendo el equilibrio operacional y la productividad de la empresa.

- Fortalecer la gestión del talento humano a través de los programas de educación continua y Docencia Servicio con distintas entidades de educación superior.

El plan de gestión de la E.S.E Hospital San Rafael Nivel II, contiene en forma ordenada y coherente los siguientes componentes:

- ✓ El diagnóstico inicial o línea de base para cada indicador.

- ✓ Las metas de gestión y de resultados teniendo en cuenta los indicadores y estándares anuales por áreas de gestión, contenidos en el Anexo N°. 2 de la Resolución 743 de 2013.
- ✓ El establecimiento de logros o compromisos de gestión.

4.1. PREPARACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN 2017-2020

En la fase de preparación del Plan de Gestión del Gerente del Hospital San Rafael Nivel II 2017-2020, se realizaron jornadas de trabajos con los funcionarios de las áreas de Gestion y Gerencia, Finaciera y administrativa y Clinica o Asistencial, con el fin de establecer las fuentes de información para establecer la línea base.

La línea base es el estudio de la situación actual de la entidad para cada uno de los indicadores y estándares establecidos en cada una de dichas áreas.

En esta fase se tuvo en cuenta la información plasmada en el Acuerdo de Junta Directiva No. 05 del 30 de marzo de 2016" *por medio del cual se evalúa y califica la gestión del gerente de la E.S.E Hospital San Rafael Nivel II del municipio de San Juan del Cesar, de la vigencia 2015".*

4.2 FORMULACIÓN DEL DEL PLAN DE GESTIÓN 2017-2020

En esta fase realizamos un diagnóstico inicial de los indicadores incluidos en el anexo No 2 de la Resolucion 743 de 2013, el cual refleja con evidencias suficientes, las condiciones en las cuales se encuentra cada indicador, tanto cuantitativa como cualitativamente de tal manera que permite conocer desde dónde se está partiendo y cuáles son los retos implicados para cambiar la situación de la empresa mediante las actividades que se plantean más adelante.

Para obtener el diagnostico inicial se diseño una matriz que contiene los siguientes campos:

1. Área de gestión.
2. No. del indicador .
3. Indicador.
4. Línea de Base, sobre la situación a 31 de diciembre de 2015.
5. Observaciones.

A continuación se detallan los indicadores y estándares por área de gestión, metas y actividades a desarrollar por cada uno de ellos, conforme al anexo 2 de la Resolución 743 de 2013.

5. DIAGNÓSTICO INICIAL Y PROYECCIÓN DE INDICADORES

5.1 MEJORAMIENTO CONTÍNUO DE LA CALIDAD PARA ENTIDADES NO ACREDITADAS CON AUTOEVALUACIÓN EN LA VIGENCIA ANTERIOR

N°. 1 Indicador	Mejoramiento de la calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevalución en la vigencia anterior		
FÓRMULA	Indicador Nominal		
OBSERVACIONES / SITUACIÓN ACTUAL	En la institución durante la vigencia 2012-2016 No se realizó la autoevaluación de estándares en el ciclo de preparación para la acreditación en la institución.		
Fuente:	Acuerdo de Junta Directiva N° 05 del 30 de Marzo de 2016 de la evaluación del plan de gestión del periodo.		
ESTANDAR PROPUESTO	**LOGROS PARA LA VIGENCIA**		
	2017	**2018**	**2019**
Intitucion Acreditada o Variacion Positiva ≥ 1,20 sobre la Autoevalucion de la vigencia anterior	≥ 1,20	≥ 1,20	≥ 1,20
Proyección de la calificación	0	0	0
LINEA BASE	0		

*En los archivos del hospital no se encontraron evidencias de Autoevaluación de estándares en el ciclo de preapración para la acreditación en la vigencia 2016.

ESTRATEGIAS A DESARROLLAR

1.- Actualización del acto administrativo mediante el cual se conforman los equipos de autoevaluiación en la ESE Hospital San Rafael NivelI.

2.- Sensibilizar y capacitar a los nuevos integrantes de los grupos de autoevaluación frente a los estándares de acreditación.

3.- Realizar la autoevaluación frente a los estándares del Sistema Único de Acreditación en Salud.

5.2 EFECTIVIDAD EN LA AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN EN SALUD.

N°. 2 Indicador	Efectividad en la Auditoria para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atención de Salud			
FÓRMULA	Número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorias 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	Se evidencia que en la institución a la vigencia 2016 no se midió la efectividad de la acciones de mejoras derivadas de los planes de auditorias.			
Fuente:	Certificación expedida por la Asesora de calidad.			
ESTANDAR PROPUESTO	**LOGROS PARA LA VIGENCIA**			
	2017	**2018**	**2019**
≥ 0,90	≥ 0,90	≥ 0,90	≥ 0,90
Proyección de la calificación	0,00%	0,00%	0,00%
LINEA BASE	0,00%		

ESTRATEGIAS A DESARROLLAR

1.- Disponer los recursos para ejecutar las acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivada de los planes de mejora propuestos en el PAMEC.

2.- realizar seguimiento a los planes de mejoramiento para evaluar el cumplimiento de las acciones de mejora propuestas.

3.- Impementar programas de educación contínua al talento humano de la institución para el fortalecimiento de competencias.

5.3 GESTIÓN DE EJECUCIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL

N°. 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 Servicios ambulatorios,Gestión de Recursos Humanos, Gestión para la Evaluación y control de la Gestión Pública, financiera, Control Interno Disciplinario, Comunicación, Gestión Logística, Gestión de la Calidad, Gestión Jurídica, Gestión Hospitalaria; Desarrollo Institucional, Gestión Ambiental, Gestion Pública respectivamente, con una calificación para el 2015 de 84%		
Fuente:	Acuerdo de Junta Directiva N° 05 del 30 de Marzo de 2016.		
ESTANDAR PROPUESTO	LOGROS PARA LA VIGENCIA		
	2017	2018	2019
≥ 0,90	≥ 0,90	≥ 0,90	≥ 0,90
Proyección de la calificación	0,00%	0,00%	0,00%
LINEA BASE	84,00%		

ESTRATEGIAS A DESARROLLAR

1.- Establecer Planes Operativos Anuales (POA) por servicios.

2.- Realizar seguimiento mensual a los POA por servicios de manera sistematizada para mayor control de los resultados y seguimiento de los mismos.

3.- Articular el Plan de Desarrollo Institucional 2017-2020 con todos los planes de gestitón, operativos, estratégicos que existan en la institutción, en el marco de los planes de salud nacional y departamental.

5.4 RIESGO FISCAL Y FINANCIERO

N°. 4 Indicador	Riesgo fiscal y financiero
FÓRMULA	Adopción del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero Y Categorización de la ESE por parte del Ministerio de Salud y Protección Social en cuanto a la Categorización del Riesgo
OBSERVACIONES / SITUACIÓN ACTUAL	Para las vigencia 2016 la institución se encuentra categorizada en riesgo bajo, por tanto no se adoptó un programa de saneamiento fiscal y financiero; sin embargo se iniciaron acciones con un plan de choque dirigida a enfrentar la crisis financiera y frenar el riesgo.
Fuente:	Resolución 2184 de 2016, Ministerio de la Proteción Social. Riesgo Bajo.

ESTANDAR PROPUESTO	**LOGROS PARA LA VIGENCIA**		
	2017	**2018**	**2019**
SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO
Proyección de la calificación			
LINEA BASE	Riesgo Bajo.		

SITUACION ACTUAL

Una vez entrada en vigencia la Ley 1438 del 2011 y su posterior reglamentación en cuanto a la aplicación del análisis y categorización de los riesgos fiscal y financiero de cada una de las ESE de todo el país, mediante la evaluación de indicadores de operación corriente y no corriente, donde la ESE HOSPITAL SAN RAFAEL NIVEL II ha venido presentándolos siguientes resultados:

VIGENCIA	2012	2013	2014	2015	2016
RESOLUCION	2509	1877	2090	1893	2184
RIESGO	SIN RIESGO	BAJO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	RIESGO BAJO

Como puede observarse la ESE HOSPITAL SAN RAFAEL NIVEL II, ha venido presentado un panorama financiero que a pesar de no estar dentro de los criterios para la implementación y desarrollo de un plan de saneamiento fiscal y financiero, si viene presentando un comportamiento que compromete su estabilidad financiera, al punto que en el último año evaluado 2015, fue categorizado en riesgo bajo y con hallazgos durante el año 2016 que predicen una evaluación con mayores implicaciones fiscales.

Dentro de los factores que han incidido en las dificultades financieras encontramos las siguientes:

- Tiene una pobre rotación de cartera en todas las vigencias las cuales están por encima de 120 días durante los últimos 4 años, llegando a estar en el último periodo analizado en 123 días, en el cual la facturación tiene un porcentaje importante bajo la modalidad de capitación, lo que demuestra un mal comportamiento en la recuperación de la cartera.
- Presentan una cartera de $15.623.982.998 a corte 31 Diciembre del presente, donde el 70% corresponde a mayor a 90 días y de estos el 58% se encuentra mayor a 360 días, siendo el régimen subsidiado el mayor responsable con el 54%, seguido del régimen contributivo con un 20% y el SOAT con un 12%. Esto refleja un mal comportamiento en la liquidación de cada uno de los contratos, y un proceso de recuperación lento de la misma, por lo que se recomienda, el proceso de depuración y la provisión de la misma. Además cabe anotar que en los registros del cumplimiento de la Circular 030 no se evidencian conciliaciones con cada uno de los pagadores
- Los pasivos presentan un aumento progresivo durante las vigencias analizadas, cuya tendencia es al incremento, debido al mal comportamiento en el pago de las obligaciones a corto plazo.
- Los indicadores presentan déficit de la operación corriente, con superávit de la no corriente lo que conlleva a una operación total definitiva con un déficit y un indicador de riesgo negativo en cada una de las vigencias a excepción del año 2011 y 2014, lo que revela la pobre situación financiera de la ESE y el RIESGO financiero que hasta el año 2015 viene presentando.

ESTRATEGIAS A DESARROLLAR

1.- Para la presente vigencia se propone afianzar el proceso de implementación de la trazabilidad de la factura con miras a mantener la operación corriente dentro de las metas establecidas.

2.- Mejorar el proceso de contratación, de tal manera que exista claridad acerca de la no aceptación de recobros por casos que no tenga que ver con la falta de atención en nuestras instalaciones.

3.- Realizar con el equipo financiero de la ESE una evaluación de los factores determinantes y relacionados con el riesgo fiscal y financiero de la ESE para poder intervenirlos de manera oportuna, y plasmarlo en un Plan de Choque que garantice la intervención oportuna de los factores que inciden en el riesgo fiscal y financiero.

4.- Ajustar la ejecución presupuestal de ingresos y gastos de acuerdo al comportamiento del recaudo.

5.- Verificar que el reporte en cumplimento al Decreto 2193, sus datos sean reales y validados por el equipo financiero de la institución.

6.- Ajustar todos los procesos de contratación a lo definido en el manual aprobado, que garantice una seguridad en este proceso.

7.- Realizar un proceso de depuración contable, que permite conocer con claridad los pasivos de las ESE y su estado, al igual que las cuentas por cobrar y el estado de cada uno de los contratos por venta de servicios.

5.5 EVOLUCIÓN DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO PRODUCIDA.

Indicador N° 5	Evolución del gasto por unidad de Valor Relativo producida (1)
FÓRMULA	((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) / (Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometidos en la vigencia anterior en valores constantes del año objeto de evaluación/número de UVR producida en la vigencia anterior))
OBSERVACIONES / SITUACIÓN ACTUAL	Con el ánimo de mantener una sostenibilidad económica y presupuestal, el Hospital ha realizado esfuerzos representativos en fortalecer su eficiencia Hospitalaria, identificando las actividades realizadas por el recurso humano y optimizando su reporte y consolidación, de tal manera que la recuperación de las mismas le permite a la ESE mejorar de manera sostensible, disminuyendo la unidad de valor relativa cada año UVR con respecto a la vigencia anterior.
Fuente:	Ficha técnica de la página web del SIHO Del Ministerio de Salud y Protección Social.

ESTANDAR PROPUESTO	**LOGROS PARA LA VIGENCIA**		
	2017	**2018**	**2019**
< 0,90	< 0,90	< 0,90	< 0,90
Proyección de la calificación			
LINEA BASE	96,00%		

SITUACION ACTUAL

Al analizar la información reportada en la plataforma del SIHO del Minsalud, registrados en la ficha técnica de la ESE, encontramos que el comportamiento de este indicador no está acorde con los resultados esperados, donde encontramos que a partir del año 2013 por cada unidad de producción el gasto se viene incrementado de manera desproporcionada, lo que infiere que el incremento de dichos gastos no están impactando la producción de la ESE y por ende sus ingresos como podemos observar en el presente cuadro:

VIGENCIA	2011	2012	2013	2014	2015
INDICADOR	10.177,43	10.562,16	10.161,57	9.698,22	9.294,18
RESULTADO		1,04	0,96	0,95	0,96

Fuente: Ficha técnica SIHO

ESTRATEGIAS A DESARROLLAR.

- Organizar en cada vigencia la programación en el plan de compras que garantice una planificación de los gastos
- Realizar de manera inmediata todas las acciones que garanticen la creación y puesta en marcha de un sistema de costos.
- Organizar de manera eficiente el sistema de información con todos los elementos que brinden confianza y seguridad en los datos.
- Realizar el seguimiento estricto de cada una de las actividades de producción y las metas de programación, para garantizar unos resultados acorde a lo programado en los planes de acción de la ESE.

5.6 PROPORCIÓN DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MÉDICO-QUIRÚRGICO ADQUIRIDO MEDIANTE MECANISMOS DE COMPRA.

N°. 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 electronicos / valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material medico-quirurgico.
OBSERVACIONES / SITUACION ACTUAL	Para la vigencia 2016 la entidad no adelantó compra de medicamentos o insumos médico-hospitalarios mediante los mecanimos descritos en el estándar.
Fuente:	Certificacion expedida por el sub-gerente Administrativo avalado por el revisor fiscal.

ESTANDAR PROPUESTO	**LOGROS PARA LA VIGENCIA**		
	2017	**2018**	**2019**
≥ 0,70	≥ 0,70	≥ 0,70	≥ 0,70
Proyección de la calificación			
LINEA BASE	0,00%		

ESTRATEGIAS A DESARROLLAR.

1.- Cotizar a cooperativas de ESEs que cumplan con el criterio del indicador.

2.- Adquisición de medicamentos, insumos y material médico-quirúrgico por cooperativas de ESEs o a través de mecanismos electrónicos.

5.7 MONTO DE LA DEUDA SUPERIOR A 30 DÍAS POR CONCEPTO DE SALARIOS DE PERSONAL DE PLANTA POR CONCEPTO DE CONTRATACIÓN DE SERVICIOS Y VARIACIÓN DEL MONTO FRENTE A LA VIGENCIA ANTERIOR.

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	La E.S.E, tiene como política institucional efectuar los pagos por concepto de salarios y prestaciones de servicios tan pronto sean constatados por la interventoría o supervisión del contrato, validando el cumplimiento de las obligaciones contractuales de ley. Para las vigencias 2015 y 2016 se evidenció como resultado del cumplimiento de estas políticas una variación positiva de la deuda por salarios de personal de planta y por concepto de contratación de servicios, teniendo un resultados de este indicador inadecuado.
Fuente:	Certificación expedida por el Revisor fiscal.

ESTANDAR PROPUESTO	**LOGROS PARA LA VIGENCIA**		
	2017	**2018**	**2019**
Cero (0), 0 Variación Negativa	Cero (0), 0 Variacion Negativa	Cero (0), 0 Variacion Negativa	Cero (0), 0 Variacion Negativa
Proyección de la calificación	0	0	0
LINEA BASE	48,40%		

ESTRATEGIAS A DESARROLLAR

1.- Establecer un proceso de trámite de cuentas por parte de los proveedores de bienes y/o servicios, con el fin mantener actualizada y al día las cuentas por pagar.

2.- Elaborar un plan de pago a los proveedores de bienes y/o servicios con el fin de dar cumplimiento oportuno a las obligaciones contractuales.

3.- Disminuir el margen de diferencia entre las cuentas por cobrar de los servicios personales de planta y contratos de servicios personales indirectos.

5.8 UTILIZACIÓN DE INFORMACIÓN DE REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (RIPS).

N°. 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. En caso de Instituciones clasificadas en primer nivel el informe debera contener la caracterizacioón de la población capitada, teniendo en cuenta , como mínimo el perfil epidemiológico y las frecuencias de uso de los servicios.
OBSERVACIONES / SITUACIÓN ACTUAL	Teniendo en cuenta el compromiso de esta Administración con la creación y fortalecimiento del sistema de gestión del conocimiento como apoyo para la toma de decisiones se hace necesario la formulación de acciones para el mejoramiento de la gestión de RIPS, como instrumento fundamental para la caracterización de la población, estimación de frecuencia de usos, determinación del perfil epidemiológico, para la correcta toma de decisiones, el establecimiento de planes y programas orientados a satisfacer las necesidades de la población. Este análisis estará centrado en el mejoramiento de la calidad, oportunidad y efectividad en el proceso de recolección, procesamiento, validación y análisis del dato, para la generación de información confiable y válida que permita generar conocimiento sobre la situación de salud de la población y orientar de manera efectiva nuestra oferta de servicio, orientacion de planes y programas de mercadeo.
Fuente:	Informe de la oficina de Planeación y Actas de la Junta Directiva.

ESTANDAR PROPUESTO	**LOGROS PARA LA VIGENCIA**		
	2017	**2018**	**2019**
4	4	4	4
Proyección de la calificación			
LINEA BASE	4 Informe RIPS al Año presentados a la Junta Directiva		

ESTRATEGIAS A DESARROLLAR.

1- Se realizará el seguimiento y el análisis del comportamiento trimestral de la producción y sus indicadores, presentándose durante las sesiones ordinarias de la Junta Directiva de la ESE, los respectivos reportes en informes ejecutivos para su conocimiento y fines pertinentes.

2.- Socializar el comportamiento mensual de los RIPS para la retroalilmentación y calidad del registro.

3.- Hacer seguimiento a la ejecución de cada contrato de prestación de servicios con las EPS, contratistas y definición del perfil epidemiológico de la ESE.

5.9 RESULTADO EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO

N°. 9 Indicador	Resultado Equilibrio presupuestal con recaudo
FÓRMULA	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (incluye recaudo de Cuentas por Cobrar de vigencias anteriores) / Valor de la ejecución de gastos comprometidos incluyendo Cuentas por Pagar de vigencias anteriores.
OBSERVACIONES / SITUACIÓN ACTUAL	El resultado de este indicador nos muestra que el total del recaudo solo asume el **68,48%** de los gastos comprometidos con corte a 31 de Diciembre de 2016, lo que implica que financeramente no se tenga un equilibrio entre el recaudo y los valores comprometidos; para subsanar esto es necesrio aplicar estrategias concretas que permitan establecer políticas agresivas en la recuperación de la cartera y la austeridad en el gastos
Fuente:	Ficha técnica de la página web del SIHO Del Ministerio de Salud y Protección Social.

ESTANDAR PROPUESTO	**LOGROS PARA LA VIGENCIA**		
	2017	**2018**	**2019**
≥ 1,00	≥ 1,00	≥ 1,00	≥ 1,00
Proyeccion de la calificación			
LINEA BASE	**0,68**		

SITUACION ACTUAL

Variable	2011	2012	2013	2014	2015
Equilibrio presupuestal con recaudo.	0,81	0,82	0,83	0,84	0,79

Fuente: Ficha técnica SIHO

Como se puede apreciar durante las vigencias analizadas el indicador viene dando un resultado por debajo de uno (1), lo que demuestra que los gastos comprometidos están superando los ingresos recaudados, lo que deja como resultado en un desequilibrio de la operación corriente de la ESE.

Los factores más relevantes del resultado anterior que encontramos son:

- Ingresos recaudados: Los recaudos no superan en ninguna de las vigencias analizadas el 70% de los ingresos reconocidos, alcanzando para la última vigencia el 54%, situación que compromete muy seriamente la liquidez de la empresa e incrementa la cartera de difícil recaudo.
- Glosas y devoluciones sin criterio válido, lo que conlleva a retrasos injustificados en el pago de los servicios prestados.

- Gastos comprometidos: El gasto comprometido no supera el nivel de los ingresos reconocidos, lo que genera un superávit presupuestal por reconocimiento, mientras que con relación a los ingresos recaudados lo superan en todas las vigencias analizadas, estando en la última vigencia por encima del 150%; lo cual afecta de manera importante la operación corriente, ya que en cada vigencia se vienen generando pasivos que deben ser cubiertos en el periodo siguiente.

Por lo tanto, al analizar el comportamiento de la ejecución presupuestal con relación a la producción podemos inferir que existe un desequilibrio sustancial entre los gastos por cada unidad de servicio producida y el reconocimiento y recaudo por la venta de la misma unidad, generando una diferencia que se observa en todas las vigencias, lo que viene generando el desequilibrio financiero de la entidad.

ESTRATEGIAS A DESARROLLAR

1.- Revisar los esquemas de negociación en el acuerdo de voluntades en cuanto a los porcentajes de la UPC contratados en el caso de la modalidad de capitación y las tarifas en el caso delos eventos y establecer un sistema de costo que permitan una identificación de los valores ofertados para lograr un equilibrio financiero.

2.- Liquidar anualmente los contratos de prestación de servicios de salud suscritos con las distintas entidades responsables de pago de servicios.

3.- Realizar las proyecciones presupuestales de acuerdo al recaudo al igual que sus ajustes posteriores dentro de cada vigencia.

4.- Analizar trimestralmente en Comité de Gerencia los informes financieros.

5.10 OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE REPORTE DE INFORMACIÓN EN CUMPLIMIENTO DE LA CIRCULAR ÚNICA EXPEDIDA POR LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD O LA NORMA QUE LA SUSTITUYA.

N°. 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	La empresa realizó la presentación de informes a la Superintendencia Nacional de Salud, en los términos establecidos por la normatividad vigente, de lo cual se cuenta con el soporte del Sistema de Recepción y Validación de Archivos de la misma Superintendencia Nacional de Salud donde consta que el Informe de la Circular Única fue cargado con éxito y en los tiempos previstos dando cumplimiento a la meta establecida del indicador.			
Fuente:	Certificación expedida por la Superintendencia Nacional de Salud			
ESTANDAR PROPUESTO	**LOGROS PARA LA VIGENCIA**			
	2017	**2018**	**2019**
Cumplimiento de los términos previstos.	No extemporáneo	No extemporáneo	No extemporáneo
Proyección de la calificación	No extemporáneo	No extemporáneo	No extemporáneo
LINEA BASE	Cumplimiento de los términos previstos.		

ESTRATEGIAS A DESARROLLAR.

1.- Analizar trimestralmente los informes correspondientes a la Resolución 256 de 2016.

2.- Realizar entrega oportuna ed la información solicitada por la Superintendencia Nacional de Salud, previa validación de los datos.

3.- Cumplimiento oportuno en el envío de los informes, en los términos previstos en la normatividad vigente.

5.11 OPORTUNIDAD EN EL REPORTE DE INFORMACIÓN EN CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 2193 DE 2004 O LA NORMA QUE LA SUSTITUYA.

N°. 11 Indicador	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya
FÓRMULA	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente.
OBSERVACIONES / SITUACIÓN ACTUAL	La empresa presento los informes exigidos por el decreto 2193 del 2004, al Sistema de Gestión de Hospitales Públicos, se cuenta con los soportes de envió del Decreto en mención, dando cumplimiento a los plazos establecidos, alcanzando los resultados del indicador.
Fuente:	Certificación expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

ESTANDAR PROPUESTO	**LOGROS PARA LA VIGENCIA**		
	2017	**2018**	**2019**
Cumplimiento de los términos previstos.	No extemporáneo	No extemporáneo	No extemporáneo
Proyección de la calificación	No extemporáneo	No extemporáneo	No extemporáneo
LINEA BASE	Cumplimiento de los términos previstos.		

ESTRATEGIAS A DESARROLLAR.

1.- Analizar trimestralmente los informes correspondientes en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004.

2.- Realizar entrega oportuna de la información solicitada por el Ministerio de Salud y Protección Social, previa validación de los datos.

3.- Cumplimiento oportuno en el envío de los informes en los términos previstos en la resolución del Ministerio de Salud y Protección Social.

5.12 EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍAS DE MANEJO ESPECÍFICO PARA LAS HEMORRAGIAS DEL III TRIMESTRE O TRANSTORNOS HIPERTENSIVOS EN GESTANTES.

N°. 12 Indicador	Evaluación de aplicación de guía de manejo especifico para las Hemorragias del III trimestre o Transtornos Hipertensivos en gestantes
FÓRMULA	Número de historias clínicas auditadas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de manejo para las Hemorragias del III trimestre o Transtornos Hipertensivos en gestantes /Total Historias Clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con edad de gestacional mayores de 27 semanas atendidas en la ESE con diagnóstico de Hemorragia de III Trimestre o Trastornos Hipertensivos en la gestación. causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la entidad en la vigencia
OBSERVACIONES / SITUACIÓN ACTUAL	Para la vigencia 2015 se realizo la aplicación de guias de manejos especificas para hemorragia del III Trimestre y transtornos hipertensivos en la gestación con un resultado de un 81%
Fuente:	Informe del Comité de Historia Clinica

ESTANDAR PROPUESTO	**LOGROS PARA LA VIGENCIA**		
	2017	**2018**	**2019**
≥ 0,80	≥ 0,80	≥ 0,80	≥ 0,80
Proyección de la calificación			
LINEA BASE	81,00%		

ESTRATEGIAS A DESARROLLAR.

1.- Implementar el modelo de atención integral de las gestantes de alto riesgo obstétrico.

2.- Articular el seguimiento con el programa de Seguridad del Paciente instiucional.

3.- Socializar la Guía de manejo de Hemorragia del III trimestre y Transtornos Hipertensivos.

4.- Evaluar la adherencia a las Guías de Hemorragias del III trimestre y Transtornos Hipertensivos.

5.- Realizar acciones de mejora cuando se detecten no conformidades en la aplicación y resultados en la atención de pacientes con Hemorragias del III Trimestre y Transtornos Hipertensivos.

6.- Lograr el cumplimiento en el manejo del conjunto de patologías que generan Hemorragias en el III trimestre de gestación y Transtotrnos hipertensivos del Embarazo.

5.13 EVALUAR LA APLICACIÓN DE LA GUÍA DE MANEJO DE LA PRIMERA CAUSA DE EGRESO HOSPITALARIO O DE MORBILIDAD ATENDIDA.

N°.13 Indicador	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida
FORMULA	Número de historias clínicas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de manejo adaptada por la ESE para el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia / Total Historias Clínicas auditadas de pacientes con el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la entidad en la vigencia
OBSERVACIONES / SITUACIÓN ACTUAL	Duranrte la vigencia 2015 se realizó auditoría de aplicación estricta de guías de manejo de las primeras causas de egreso hospitalario o de morbilidad atendidas, dando como resultado 81%.
Fuente:	Informe del Comité de Historia Clinica

ESTANDAR PROPUESTO	**LOGROS PARA LA VIGENCIA**		
	2017	**2018**	**2019**
≥ 0,80	≥ 0,80	≥ 0,80	≥ 0,80
Proyección de la calificación			
LINEA BASE	85,00%		

ESTRATEGIAS A DESARROLLAR.

1.- Implementar acciones de mejora que permitan medir la adherencia a la Guía de manejo de Infección de Vías Urinarias, identificada como la primera causa de morbilidad de egreso intrahospitalario.

2.- Socializar la guía de manejo de Infecciones de Vías Urinarias.

3.- Evaluar la adherencia a la guía en Comité de Historias Clínicas.

4.- Realizar un plan de mejoramiento para adherencia total a la guía por parte del personal de salud vinculado a la ESE.

5.14 OPORTUNIDAD EN LA REALIZACIÓN DE APENDICECTOMÍA

N°. 14 Indicador	Oportunidad en la realización de apendicetomía
FÓRMULA	Numero de pacientes con diagnistico de apendicitis al egreso a quienes se le realizó la apendicectomia, dentro de la 6 horas de confirmado el diagnostico/ total de pacientes con diagnostiico de apendicitis al egreso de la vigencia objeto de evalucion. confirmado el diagnóstico/Total de pacientes con diagnóstico de Apendicitis al egreso en la vigencia objeto de evaluación
OBSERVACIONES / SITUACIÓN ACTUAL	Durante la vigencia de 2015 se realizó auditoría de de verificación de los tiempos de atención a pacientes con diagnóstico de egreso de Apendicitis aguda, cuyo indicador es de 92%.
Fuente:	Informe de Subgerencia científica

ESTANDAR PROPUESTO	**LOGROS PARA LA VIGENCIA**		
	2017	**2018**	**2019**
≥ 0,90	≥ 0,90	≥ 0,90	≥ 0,90
Proyección de la calificación			
LINEA BASE	92,00%		

ESTRATEGIAS A DESARROLLAR

1.- Actualizar la guía y protocolo de manejo de la Apendicitis Aguda, teneindo en cuenta criterios de oportunidad.

2.- Socializar a profesionales de la salud guías de atención de apendicitis aguda.

3.- Fortalecer el proceso de auditoría para garantizar la adherencia a la guía y seguimiento a la oportunidad de la atención de pacientes con diagnóstico confirmado de Apendicitis, buscando que el 100% de los procedimientos de Apendicectomía se realicen dentro de las 6 horas de confirmado el diagnóstico.

4.- Evaluar la adherencia a la guía mediante el Comité de Historias Clínicas.

5.- Relizar acciones de mejora cuando se detecten no conformidades en la aplicación de guías y resultados de la atención de pacientes con diagnóstico de apendicitis.

5.15 NÚMERO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON NEUMONÍA BRONCOASPIRATIVA DE ORIGEN INTRAHOSPITALARIO Y VARIACIÓN INTERANUAL

N°. 15 Indicador	Número de pacientes pediátricos con Neumonía broncoaspirativa de origen intrahospitalario y variación interanual.
FÓRMULA	Número de pacientes pediátricos con Neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación (número de pacientes pediátricos con neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalarios en la vigencia objeto de evaluación/ número de pacientes pediátricos con neumonías broncoaspiraticas de origen intrahospitalarios en la vigencia anterior.
OBSERVACIONES / SITUACIÓN ACTUAL	En la vigencia anterior (2015) no se presentaron pacientes pediátricos con neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalario, el indicador de la vigencia fue 0.
Fuente:	Informe del Comité de Calidad

ESTANDAR PROPUESTO	**LOGROS PARA LA VIGENCIA**		
	2017	**2018**	**2019**
Cero (0) o variación negativa	Cero (0) o variación negativa	Cero (0) o variación negativa	Cero (0) o variación negativa
Proyección de la calificación	0	0	0
LINEA BASE	**Cero (0) o variación negativa**		

ESTRATEGIAS A DESARROLLAR

1.- Socializar las guías de manejo de patologías broncoaspirativas de origen intrahospitalario en pacientes pediátricos.

2.- Socializar el Programa de Seguridad del Paciente.

3.- Evaluar la adherencia a la guía en Comité de Historias Clínicas.

4.- Realizar auditorías de concurrencia enfocadas a la prevención de acciones inseguras o complicaciones de pacientes pediátricos.

5.- Realizar acciones de mejora cuando se detecten no conformidades de atención de pacientes con Neumonía broncoaspirativas de origen intrahospitalario en pacientes pediátricos.

5.16 OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN ESPECÍFICA DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO AL EGRESO DE INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO (IAM).

N°. 16 Indicador	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de infarto agudo del miocardio (IAM)
FÓRMULA	Número de pacientes con diagnóstico de egreso de infarto agudo del miocardio a quienes se inició la terapia específica dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnóstico/Total de pacientes con diagnóstico de egreso de infarto agudo del miocardio en la vigencia
OBSERVACIONES / SITUACIÓN ACTUAL	En la vigencia 2015 el resultado fue 1, que equivale a 100%.
Fuente:	Informe del Comité de Calidad

ESTANDAR PROPUESTO	**LOGROS PARA LA VIGENCIA**		
	2017	**2018**	**2019**
≥ 0,90	≥ 0,90	≥ 0,90	≥ 0,90
Proyección de la calificación			
LINEA BASE	100%		

ESTRATEGIAS A DESARROLLAR.

1.- Socializar e implementar la guía de manejo de Infarto Agudo del Miocardio.

2.- Implementación de la Guía de Terapia Trombolítica para IAM, en el servicio de urgencias.

3.- Evaluar la adherencia a la guía de manejo a través del Comité de Historias Clínicas.

4.- Realizar auditorías de concurrencia enfocadas a la prevención de acciones inseguras o a la prevención de complicaciones del paciente con IAM.

5.- Realizar acciones de mejora cuando se detecte no conformidades en la aplicación de resultados de la atención de paciente con IAM.

5.17 ANÁLISIS DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA

N°. 17 Indicador	Análisis de mortalidad intrahospitalaria		
FÓRMULA	Número de casos de mortalidad intrahospitalaria mayor de 48 horas revisada en el comité respectivo / Total de defunciones intrahospitalarias mayores de 48 horas en el periodo.		
OBSERVACIONES / SITUACIÓN ACTUAL	Todos los casos de mortalidad intrahospitalaria mayores de 48 horas fueron analizados en el Comité de Calidad durante la vigencia.		
Fuente:	Informe del Comité de Calidad		

ESTANDAR PROPUESTO	**LOGROS PARA LA VIGENCIA**		
	2017	**2018**	**2019**
≥ 0,90	≥ 0,90	≥ 0,90	≥ 0,90
Proyección de la calificación			
LINEA BASE	100%		

ESTRATEGIAS A DESARROLLAR

1.- Crear el Comité de Mortalidad Institucional.

2.- Realizar evaluación de causa de mortalidad materna, perinatal e intrahospitalaria en paciente internados por más de 48 horas.

3.- Definir planes de mejoramiento para mortalidad evitable.

5.18 OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN DE CONSULTAS CON PEDIATRÍA

N°. 18 Indicador	Oportunidad en la atención de consulta de pediatría			
FÓRMULA	Sumatoria total de los días calendarios transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita por cualquier medio para ser atendido en la consulta médica pediátrica y la fecha para la cual es asignada la cita/ número total de consultas médicas pediátricas asignadas en la institución.			
OBSERVACIONES / SITUACIÓN ACTUAL	Se evidencia que la oportunidad de consulta mpedica pediátrica se encuentra por debajo del estándar establecido en la norma.			
Fuente:	Informe del Comité de Calidad/ Superintendencia Nacional de Salud			
ESTANDAR PROPUESTO		**LOGROS PARA LA VIGENCIA**		
		2017	**2018**	**2019**
Igual o menor a 5 días		Igual o menor a 5 días	Igual o menor a 5 días	Igual o menor a 5 días
Proyección de la calificación				
LINEA BASE		2.3 días		

ESTRATEGIAS A DESARROLLAR.

1.- Clasificar la consulta especializada de pediatría de primera vez y de control.

2.- Mejorar la política de asignación de citas especializadas contando con el recurso humano idóneo y líneas telefónicas de atención que faciliten el acceso de los usuarios.

3.- Verificar mensualmente la oportunidad de citas con pediatría.

5.19 OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN DE GINECO-OBSTETRICIA

N°. 19 Indicador	Oportunidad en la atención Gineco-obstétrica
FÓRMULA	Sumatoria total de los días calendarios transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita por cualquier medio para ser atendido en la consulta médica Gineco-obstétrica y la fecha para la cual es asignada la cita/ número total de consultas médicas gineco-obstétricas asignadas en la institución.
OBSERVACIONES / SITUACIÓN ACTUAL	Se evidencia que la oportunidad de consulta médica pediátrica se encuentra por debajo del estándar establecido en la norma.
Fuente:	Informe del Comité de Calidad/ Superintendencia Nacional de Salud

ESTANDAR PROPUESTO	**LOGROS PARA LA VIGENCIA**		
	2017	**2018**	**2019**
Igual o menor a 8 días	Igual o menor a 8 días	Igual o menor a 8 días	Igual o menor a 8 días
Proyección de la calificación			
LINEA BASE	2.2 días		

ESTRATEGIAS A DESARROLLAR.

1.- Clasificar la consulta especializada de Gineco-obstetricia de primera vez y de control.

2.- Mejorar la política de asignación de citas especializadas contando con el recurso humano idóneo y líneas telefónicas de atención que faciliten el acceso de los usuarios.

3.- Verificar mensualmente la oportunidad de citas con Gineco-obsterticia.

5.20 OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN DE CONSULTA DE MEDICINA INTERNA.

N°. 20 Indicador	Opotunidad en la atencion de consulta de medicina interna
FÓRMULA	Sumatoria total de los dias calendarios transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita, por cualquier medio, para ser atendido en la consulta médica de medicina interna y la fecha para la cual es asignada la cita / Número total de consultas de medicina interna asignadas en la institución.
OBSERVACIONES / SITUACIÓN ACTUAL	La empresa cuenta con el indicador de oportunidad de atención en medicina interna, el cual permite la realización del seguimiento e intervenciones frente a las variaciones presentadas. Dentro del proceso de asignación de citas, se dio aplicación a la resolución 1552 de 2013 lo que propicio el cumplimiento de la meta del indicador. Para los Años 2013, 2014 y 2015 los resultados de este indicador fueron:13, 10,3 y 13 dias respectivamente.
Fuente:	Informe del Comité de Calidad/ Superintendencia Nacional de Salud

ESTANDAR PROPUESTO	**LOGROS PARA LA VIGENCIA**		
	2017	**2018**	**2019**
≤ 15 Dias	≤ 15 Dias	≤ 15 Dias	≤ 15 Dias
Proyección de la calificación			
LINEA BASE	2,01 Días		

ESTRATEGIAS A DESARROLLAR.

1.- Clasificar la consulta especializada de Medicina Interna de primera vez y de control.

2.- Mejorar la política de asignación de citas especializadas contando con el recurso humano idóneo y líneas telefónicas de atención que faciliten el acceso de los usuarios.

3.- Verificar mensualmente la oportunidad de citas con Medicina Interna.

6. CAPACIDAD INSTALADA

CAPACIDAD INSTALADA	
Concepto	Capacidad
Ambulancia Básica	1
Ambulancia Medicalizada	1
Camas Pediátrica	6
Camas Adultos	30
Camas de Obtetricia	0
Salas de Quirófano	2
Salas de Partos	2
Salas de Procedimientos	0
Fuente : Registro Especial de Prestadores de Servicios (REPS)	

A partir del diagnóstico inicial, diseñamos un escenario para obtener una nueva situación o proyección, en la cual se plantea la resolución de los problemas a través de el desarrollo de diversas actividades.

Con base en los estándares específicos de cada indicador, describimos los logros a alcanzar por Área de Gestión, de tal manera que se reflejen en esta descripción cualitativa, los cambios a evidenciarse al final de mi período como Gerente.

Las actividades o acciones que se ejecutarán para alcanzar los logros planteados se detallan en una matriz que contentiene las siguientes variables:
1. Área de gestión.
2. Logros o compromisos planteados para el período de gerencia
3. Actividades generales a desarrollar.

A partir de los indicadores y su respectivo estándar, los cuales se convierte en meta del Plan de Gestión, procedemos a determinar las metas anuales, haciendo la observación que la vigencia fiscal 2016 no fue tenida cuenta, dado que el periodo gerencial inicia 20 de diciembre de 2016 equivalente a un año completo que no será evaluado en la gestión de gerente actual; por lo cual la línea base de diagnóstico corresponde al año 2015 que fue el último periodo evaluado al gerente anterior.

Para operacionalizar esta actividad elaboramos una matriz que contiene las siguientes variables

1. Área de gestión.
2. No. del indicador.
3. Indicador.
4. Linea base
5. Meta para los años 2017, 2018 y 2019.

La fase de formulación finaliza al ser presentado el proyecto de plan de Gestión para estudio, análisis y aprobación por la Junta Directiva de la Empresa Social del Estado.

APROBACION PLAN DE GESTION 2017-2020

Para la aprobación del Plan de Gestion contenido en este documento, el cual presento dentro del termino legal, la Junta Directiva deberá dar cumplimiento a lo establecido en el articulo ***"Artículo 73. Procedimiento para la aprobación del Plan de Gestión de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial****. Para la aprobación del plan de gestión se deberá seguir el siguiente procedimiento:*

"73.1 El Director o Gerente de la Empresa Social del Estado deberá presentar a la Junta Directiva el proyecto de plan de gestión de la misma, dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a su posesión en el cargo, o para los ya posesionados a los treinta (30) días hábiles siguientes a la expedición de la reglamentación. El proyecto de plan de gestión deberá ajustarse a las condiciones y metodología que defina el Ministerio de la Protección Social.

73.2 La Junta Directiva de la respectiva Empresa Social del Estado deberá aprobar, el plan de gestión dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la presentación del plan de gestión.

73.3 El gerente podrá presentar observaciones al plan de gestión aprobado en los 5 días hábiles siguientes a su aprobación, y se resolverá dentro de los diez (10) días hábiles siguientes.

73.4 En caso de que la Junta Directiva no apruebe el proyecto de plan de gestión durante el término aquí establecido, el plan de gestión inicialmente presentado por el Director o Gerente se entenderá aprobado"

EJECUCION PLAN DE GESTION 2017-2020

Una vez, la Junta Directiva del Hospital San Rafael Nivel II, apruebe el plan de gestión, lo ejecutare desplegando las siguientes actividades:

- ✓ El despliegue del mismo a las áreas y unidades de gestión de la entidad, en forma de planes de acción, con la asignación de responsabilidades.
- ✓ El seguimiento de la ejecución de las actividades de manera sistemática y con evidencias sobre las decisiones tomadas para garantizar la continuidad y/o los ajustes de las mismas.
- ✓ Presentación a la Junta Directiva del Informe anual sobre el cumplimiento del plan de gestión.

EVALUACION PLAN DE GESTION 2016-2020

La Junta directiva para la evaluación deberá aplicar el procedimiento establecido en el articulo 74 de la ley 1438 de 2011 ***"Artículo 74. Evaluación del Plan de Gestión del Director o Gerente de Empresas Sociales del Estado del orden territorial.*** *Para la evaluación de los planes de gestión, se deberá dar cumplimiento al siguiente proceso:*

74.1 El Director o Gerente de la Empresa Social del Estado del orden territorial deberá presentar a la Junta Directiva un informe anual sobre el cumplimiento del plan de gestión, el cual deberá ser presentado a más tardar el 1° de abril de cada año con corte al 31 de diciembre del año inmediatamente anterior. Los contenidos del informe y de la metodología serán definidos por el Ministerio de la Protección Social.

74.2 La Junta Directiva deberá evaluar el cumplimiento del plan de gestión del Director o Gerente, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la presentación del informe de gestión.

74.3 Los resultados de la evaluación se harán constar en un acuerdo de la Junta Directiva, debidamente motivado, el cual se notificará al Director o Gerente quien podrá interponer recurso de reposición ante la Junta Directiva dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a su notificación.

74.4 La decisión de la Junta Directiva tendrá recurso de reposición ante la misma junta y de apelación en el efecto suspensivo, ante el Superintendente Nacional de Salud, para resolver dichos recursos se contará con un término de quince días (15) hábiles.

74.5 Una vez cumplido el proceso establecido en el presente artículo y en firme el resultado de la evaluación y esta fuere insatisfactorio dicho resultado será causal de retiro del servicio del Director o 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 este, la remoción del Director o Gerente aun sin terminar su período, para lo cual el nominador deberá expedir el acto administrativo correspondiente dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes, contra este acto procederán los recursos de ley.

74.6 La no presentación del proyecto de plan de gestión o del informe de cumplimiento del plan de gestión dentro de los plazos señalados en la presente norma, conllevará a que la Superintendencia Nacional de Salud, en los términos y plazos establecidos para tal fin, produzca de manera inmediata la evaluación no satisfactoria, la cual será causal de retiro."

Para la evaluación del plan de Gestion, la Junta Directiva del Hospital Rosario Pumarejo de Lopez, deberá aplicar los anexos contenidos en la Resolucion 743 de 2013:

ANEXO 2: INDICADORES Y ESTÁNDARES POR ÁREAS DE GESTIÓN

ANEXO 3: INSTRUCTIVO PARA CALIFICACIÓN

Para realizar la evaluación de gerentes de ESE el Ministerio de Salud y Protección Social elaboró un Instructivo correspondiente al anexo 3 de la Resolución 743 de 2013, el cual deberá utilizarse como herramienta durante la evaluación. Se anexa al final del documento.

ANEXO 4: MATRIZ DE CALIFICACIÓN

AREA DE GESTION	VALOR	NIVEL		INDICADOR	FORMULA	LINEA BASE	ESTANDAR	2017	2018	2019	PONDERACION	RESULTADO DEL PERIODO	CALIFICACION	RESULTADO PONDERADO FINAL	OBSERVACIONES Y EVIDENCIAS (FUENTES DE INFORMACION)
								0	1	3					
DIRECCIÓN Y GERENCIA	20%	I, II Y III	1	Mejoramiento de la calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevalucion en la vigencia anterior	Indicador Nominal	0	≥ 1,20	≥ 1,20	≥ 1,20	≥ 1,20	0,05			0	Certificacion expedida por la Asesora de calidad.
		I, II Y III	2	Efectividad en la Auditoria para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atencion de Salud	Numero de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorias realizadas/ Total de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoria registrados en el PAMEC	0	≥ 0,90	≥ 0,90	≥ 0,90	≥ 0,90	0,05			0	Certificacion expedida por la Asesora de calidad.
		I, II Y III	3	Gestion de ejecucion del Plan de Desarrollo Institucional	Numero de metas del plan operativo anual cumplidas / Numero de metas del plan Operativo anual programadas	84%	≥ 0,90	≥ 0,90	≥ 0,90	≥ 0,90	0,10			0	Acuerdo de Junta Directiva N° 05 del 30 de Marzo de 2016.
FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA	40%	I, II Y III	4	Riesgo fiscal y financiero	Adopcion del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero Y Categorizacion de la ESE por parte del Ministerio de Salud y Proteccion Social en cuanto a la Categorizacion del Riesgo	Riesgo Bajo.	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	0,05			0	Resolucion 2184 de 2016, Ministerio de la protecion Social. Riesgo Bajo.
		I, II Y III	5	Evolución del gasto por unidad de Valor Relativo producida (1)	((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) / (Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometidos en la vigencia anterior en valores constantes del año objeto de evaluacion/numero de UVR producida en la vigencia anterior))	96%	< 0,90	< 0,90	< 0,90	< 0,90	0,05			0	Ficha tecnica de la pagina web del SIHO Del Ministerio de Salud y Proteccion Social.
		I, II Y III	6	Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante mecanismos de compras.	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 electronicos / valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material medico-quirurgico	0	≥ 0,70	≥ 0,70	≥ 0,70	≥ 0,70	0,05			0	Certificacion expedida por el sub-gerente Administrativo avalado por el revisor fiscal.
		I, II Y III	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	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	0	Cero (0), 0 Variacion Negativa	Cero (0), 0 Variacion Negativa	Cero (0), 0 Variacion Negativa	Cero (0), 0 Variacion Negativa	0,05			0	Certificacion expedida por el Revisor fiscal.
		I, II Y III	8	Utilización de información de Registro individual de prestaciones (RIPS)	Número de informes del análisis de la prestación de servicios de la ESE a la junta directiva con base en RIPS en la vigencia. En caso de Instituciones clasificadas en primer nivel el informe debera contener la caracterizacion de la poblacion capitada, teniendo en cuenta , como minimo el perfil epidemiologico y las frecuencias de uso de los servicios.	4 Informe RIPS al Año presentados a la Junta Directiva	4	4	4	4	0,05			0	Informe de la oficina de Planeacion y Actas de la Junta Directiva.
		I, II Y III	9	Resultado Equilibrio presupuestal con recaudo	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (incluye recaudo de CxCobrar de vigencias anteriores)/ Valor de la ejecución de gastos comprometidos incluyendo CxPagar de vigencias anteriores.	calcular 2016	≥ 1,00	≥ 1,00	≥ 1,00	≥ 1,00	0,05			0	Ficha tecnica de la pagina web del SIHO Del Ministerio de Salud y Proteccion Social.
		I, II Y III	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	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente	Cumplimiento de los términos previstos.	Cumplimiento de los términos previstos.	No extemporaneo	No extemporaneo	No extemporaneo	0,05			0	Certificacion expedida por la Superintendencia Nacional de Salud
		I, II Y III	11	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente	Cumplimiento de los términos previstos.	Cumplimiento de los términos previstos.	No extemporaneo	No extemporaneo	No extemporaneo	0,05			0	Certificacion expedida por el Ministerio de Salud y Proteccion Social.

Proyectó: ELIANA MARGARITA MENDOZA MENDOZA- Gerente

GESTION CLINICA O ASISTENCIAL	40%	I, II Y III	12	Evaluación de aplicación de guía de manejoespecifica para la hemorragias III trimestre o transtornos hipertensivos gestantes	Número de historias clínicas auditadas ,que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de manejo para la hemorragias III trimestre o transtornos hipertensivos gestacion/Total Historias Clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con edad de gestacional mayores de 27 semanas atendidas en la ESE con diagnostico de hemorragia de III Ttrimestre o trastornos hipertensivos en la gestacion.	81%	≥ 0,80	≥ 0,80	≥ 0,80	≥ 0,80	0,07			0	Informe del Comité de Historia Clinica
		I, II Y III	13	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida	Número de historias clínicas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de manejo adaptada por la ESE para el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia/Total Historias Clínicas auditadas de pacientes con el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la entidad en la vigencia	85%	≥ 0,80	≥ 0,80	≥ 0,80	≥ 0,80	0,05			0	Informe del Comité de Historia Clinica
		I, II Y III	14	Oportunidad en la realización de apendicetomía	Numero de pacientes con diagnistico de apendicitis al egreso a quienes se le realizó la apendicectomia, dentro de la 6 horas de confirmado el diagnostico/ total de pacientes con diagnostiico de apendicitis al egreso de la vigencia objeto de evalucion. confirmado el diagnóstico/Total de pacientes con diagnóstico de Apendicitis al egreso en la vigencia objeto de evaluación .	92%	≥ 0,90	≥ 0,90	≥ 0,90	≥ 0,90	0,05			0	Informe de Subgerencia científica
		I, II Y III	15	Número de pacientes pediátricos con Neumonía broncoaspirativa de origen intrahospitalario y variación interanual.	Número de pacientes pediátricos con Neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación (número de pacientes pediátricos con neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalarios en la vigencia objeto de evaluación/ número de pacientes pediátricos con neumonías broncoaspiraticas de origen intrahospitalarios en la vigencia anterior.	Cero (0) o variación negativa	Cero (0) o variación negativa	Cero (0) o variación negativa	Cero (0) o variación negativa	Cero (0) o variación negativa	0,05			0	Informe del Comité de Calidad
		I, II Y III	16	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de infarto agudo del miocardio (IAM)	Número de pacientes con diagnóstico de egreso de infarto agudo del miocardio a quienes se inició la terapia específica dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnóstico/Total de pacientes con diagnóstico de egreso de infarto agudo del miocardio en la vigencia	100%	≥ 0,90	≥ 0,90	≥ 0,90	≥ 0,90	0,05			0	Informe del Comité de Calidad
		I, II Y III	17	Análisis de mortalidad intrahospitalaria	Número de casos de mortalidad intrahospitalaria mayor de 48 horas revisada en el comité respectivo/Total de defunciones intrahospitalarias mayores de 48 horas en el periodo.	100%	≥ 0,90	≥ 0,90	≥ 0,90	≥ 0,90	0,05			0	Informe del Comité de Calidad
		I, II Y III	18	Oportunidad en la atención de consulta de pediatría	Sumatoria total de los días calendarios transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita por cualquier medio para ser atendido en la consulta médica pediátrica y la fecha para la cual es asignada la cita/ número total de consultas médicas pediátricas asignadas en la institución.	2.3 Dias	Igual o menor a 5 días	Igual o menor a 5 días	Igual o menor a 5 días	Igual o menor a 5 días	0,03			0	Informe del Comité de Calidad/ Superintendencia Nacional de Salud
		I, II Y III	19	Oportunidad en la atención Gineco-obstétrica	Sumatoria total de los días calendarios transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita por cualquier medio para ser atendido en la consulta médica Gineco-obstétrica y la fecha para la cual es asignada la cita/ número total de consultas médicas gineco-obstétricas asignadas en la institución.	2.2 días	Igual o menor a 8 días	Igual o menor a 8 días	Igual o menor a 8 días	o menor a 8	0,03			0	Informe del Comité de Calidad/ Superintendencia Nacional de Salud
		I, II Y III	20	Opotunidad en la atencion de consulta de medicina interna	Sumatoria total de los dias calendarios transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita, por cualquier medio, para ser atendido en la consulta médica de medicina interna y la fecha para la cual es asignada la cita / Número total de consultas de medicina interna asignadas en la institución.	2,01 Días	≤ 15 Dias	≤ 15 Dias	≤ 15 Dias	≤ 15 Dias	0,02			0	Informe del Comité de Calidad/ Superintendencia Nacional de Salud

ANEXO 5: ESCALA DE RESULTADOS:

Para la interpretación de los resultados se tendrá en cuenta la escala establecida en el anexo 5 de la Resolución 710 de 2012.

RANGO DE CALIFICACIÓN (0,0 - 5,0)	CRITERIO	CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE GESTIÓN
Puntaje total entre 0,0 y 3,49	Insatisfactoria	Menor al 70 %
Puntaje total entre 3,50 y 5,0	Satisfactoria	Igual o Superior al 70%

Notificación de resultados

Los miembros de la Junta Directiva harán constar en un acuerdo debidamente motivado, el resultado de la sumatoria de las calificaciones ponderadas, determinando si la misma es satisfactoria o insatisfactoria, teniendo en cuenta las escalas de resultados definidas en el Anexo N°. 5 de la presente resolución.

Dicho Acuerdo se le notificará al Director o Gerente quien podrá interponer recurso de reposición ante la Junta Directiva y de apelación ante el Superintendente Nacional de Salud, en los términos del artículo 74 de la Ley 1438 de 2011.

Para las sesiones de evaluación de la gestión y resultados del Director o Gerente, podrá designarse secretario ad hoc, en el caso en que el secretario sea el Director o Gerente de la entidad.

Recursos

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 la Superintendencia Nacional del Salud, para resolver dichos recursos se contarán con 15 días hábiles.

Una vez cumplido el proceso de evaluación y en firme el resultado de la misma y ésta fuera insatisfactoria, será causal de retiro del gerente, para lo cual la Junta Directiva dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes deberá solicitar al nominador la remoción del gerente.

SOCIALIZACION PLAN DE GESTION 2017-2020

Para un adecuado entendimiento y socialización del Plan de Gestión Gerencial, es necesario llegar a todos los procesos, niveles y colaboradores del Hospital, para ello se usara entre otros medios la Página Web, jornadas de inducción y reinducción. Esta divulgación y socialización estará en cabeza de la gerencia, equipo directivo y líderes de procesos.

La divulgación a la comunidad y partes interesadas se realizará a través de la Página Web y hará parte de la rendición de cuentas.

ELIANA MARGARITA MENDOZA MENDOZA
Gerente.
(Original firmado)