



ESE HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN III NIVEL

PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL 2017-2020

**ARIEL JIMENEZ ESCOBAR
GERENTE**

AGOSTO -2017



INTRODUCCIÓN

GENERALIDADES

1. OBJETIVO GENERAL

2. CICLO DEL PLAN DE GESTION

3. LINEAS DEL PLAN DE GESTIÓN

4. ROLES EN EL PLAN DE GESTIÓN

5. GESTIÓN ESTRATÉGICA.

1. PROMEDIO DE LA AUTOEVALUACIÓN CUANTITATIVA Y CUALITATIVA EN DESARROLLO DEL CICLO DE PREPARACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN O DEL CICLO DE MEJORAMIENTO DE LA ESE EN LOS TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 2 DE LA RESOLUCIÓN 2181 DE 2008 DE LA NORMA QUE LA SUSTITUYA. 13

2. EFECTIVIDAD EN LA AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUÓ DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD.

3. GESTIÓN DE EJECUCIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL.

6. GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

4. RIESGO FISCAL Y FINANCIERO

5. EVOLUCIÓN DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO PRODUCIDA

6. PROPORCIÓN DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MEDICO QUIRÚRGICO ADQUIRIDOS MEDIANTE MECANISMOS DE COMPRAS CONJUNTAS A TRAVÉS DE COOPERATIVAS DE EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO Y/O DE MECANISMOS ELECTRÓNICOS

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.

8. UTILIZACIÓN DE INFORMACIÓN DE REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESENTACIONES-RIPS

9. RESULTADO EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO.

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.

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

7. GESTIÓN CLINICA Y ASISTENCIAL

12. EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO ESPECÍFICA: HEMORRAGIAS DEL III TRIMESTRE Y TRASTORNOS HIPERTENSIVOS EN LA GESTACIÓN.



13. EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO DE LA PRIMERA CAUSA DE EGRESO HOSPITALARIO O MORBILIDAD ATENDIDA.
 14. OPORTUNIDAD EN LA REALIZACIÓN DE APENDICECTOMÍA.
 15. NUMERO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON NEUMONÍAS BRONCO ASPIRATIVAS DE ORIGEN INTRAHOSPITALARIO Y VARIACIÓN INTERANUAL.

 16. OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN ESPECIFICA DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO AL EGRESO DE INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO (IAM)
 17. ANÁLISIS DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA.
 18. OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN DE CONSULTA PEDIÁTRICA
 19. OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN GINECO-OBSTETRICIA
 20. OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN DE MEDICINA INTERNA.
- 8. EVALUACION PLAN DE GESTION GERENCIAL**



INTRODUCCIÓN

La gerencia pública viene en constante transformación, este cambio dinámico busca cambiar el enfoque tradicional de organizaciones grandes que demanda altos niveles de recursos pero que son poco eficientes en el ejercicio de su misión, por un enfoque de mejoramiento continuo orientado a las respuestas efectivas de las necesidades de los ciudadanos.

Este entorno no ha sido ajeno a las Empresas Sociales de Estado quienes deben materializar su misión con el funcionamiento integrado de tres áreas de gestión: estratégica, la asistencial o clínica y la administrativa y financiera, líneas de acción fundamentales a la hora de cumplir los objetivos para la cuales fueron creadas.

En las últimas décadas la gestión ha buscado orientar a la administración pública hacia la medición de resultados que verifiquen la efectividad de la misma, en el caso de salud la ley 1122 de 2007 en su artículo 2 señala *“Respecto de las Empresas Sociales del Estado ESE, los indicadores tendrán en cuenta la rentabilidad social, las condiciones de atención y hospitalización, cobertura, aplicación de estándares internacionales sobre contratación de profesionales en las áreas de la salud para la atención de pacientes, niveles de especialización, estabilidad laboral de sus servidores y acatamiento a las normas de trabajo”* y en el artículo 28 establece como obligatoria la evaluación de la gestión de los gerentes de la ESE.

Es así como el Decreto 358 de 2007 del Gobierno nacional reglamentado por la Resolución 473 de 2008 (hoy derogada) y en virtud de la Ley 1438 de 2.009, se retoma el tema de evaluación técnica de la gestión gerencial y es reglamentada por la Resolución 710 de 2.012, expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, en la que buscan la programación y evaluación de la gestión de los gerentes de las ESE como elemento fundamental para continuar en la administración pública y en caso que los resultados no sean acordes con la ley, ser removidos.

Con la expedición de la Resolución 710 de 2012 la Resolución 743 de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social cambia la forma de evaluar al gerente, por tanto, se espera que a través de este Plan el Gerente establezca compromiso con la ESE en seis áreas claves

1. Gestión Clínica y resultados.
2. Gestión para con los usuarios
3. Gestión del talento humano
4. Gestión de la calidad y seguridad del paciente.
5. Gestión de la información
- 6 Gestión financiera



Estas áreas claves se resumen y se evalúan a través de 20 indicadores estratégicos para el mejoramiento integral de las empresas.



DEFINICION DEL PLAN

En consideración a que el logro de los objetivos institucionales depende del liderazgo y compromiso tanto del equipo directivo como del trabajo mancomunado de la comunidad hospitalaria, para la revisión y análisis de la situación inicial se convocó a los líderes de procesos y posteriormente la gerencia conjuntamente con estos líderes estableció los escenarios futuros y las estrategias para alcanzarlos.

El plan que hoy se presenta está dividido en 4 acápites, el primero de ellos define los objetivos, etapas y responsable de la ejecución y evaluación del Plan, el segundo de ellos hace referencia a la Gestión estratégica estableciendo por cada indicador, escenario actual, línea base, las metas alcanzar y actividades y acciones la tercera parte del Plan Conserva la estructura anterior para la Gestión administrativa y la cuarta la gestión asistencial.

Es importante señalar que Las metas que se presentan a consideración en este plan están basadas en escenarios reales, los cuales pueden ser alcanzados con el compromiso de toda la comunidad hospitalaria y el mejoramiento económico del ambiente externo en el sector salud.

Los compromisos acá adquiridos, como se dijo anteriormente, parten del análisis interno y externo, pero ante la incertidumbre que el SGSSS, tiene para con los diferentes actores, deja en la cuerda floja la posibilidad de garantizar unos resultados sobre todo en lo concerniente a la Gestión Financiera y por ende, no asegurar una Gestión Integral Excelente. Arrancamos un proceso, que al final esperamos que genere un Hospital equilibrado financieramente, consolidado en estándares de eficiencia y cerca de la acreditación en salud, si es que no se logra en este tiempo.



1. GENERALIDADES

1.1 OBJETIVO GENERAL

Establecer un horizonte hacia el cual enfilar todos los esfuerzos institucionales, en los aspectos de planeación, gestión clínica y desarrollo administrativo y financiero, enmarcados en los indicadores de la Resolución 710 de 2012 y 743 de 2013 del Ministerio de Salud y Protección social, como herramienta fundamental para la evaluación de la gestión gerencial en el periodo institucional del gerente de la ESE.

2. CICLO DEL PLAN DE GESTION





3. LINEAS DEL PLAN DE GESTIÓN





4. ROLES EN EL PLAN DE GESTIÓN

4.1 DE LA JUNTA DIRECTIVA

- Analizar el proyecto de Plan de Gestión, presentado por el Gerente o Director
- Aprobar el Proyecto y convertirlo en Plan de Gestión para ejecución durante el periodo para el cual fue nombrado el Gerente o Director, con o sin ajustes propios de la Junta
- Resolver las Observaciones realizadas por el Gerente o Director de la ESE, al Plan de gestión aprobado por la Junta, si hay lugar a ello.

4.2 DEL GERENTE

- Preparar el Plan de gestión que pretende ejecutar en el periodo para el cual fue nombrado
- Presentar y sustentar el Proyecto de Plan de Gestión de la ESE, a la Junta Directiva, dentro de los términos previstos por la ley.
- Realizar Observaciones al Plan de Gestión de la ESE aprobado por la Junta Directiva, si lo considera conveniente
- Implementar el Plan de Gestión de la ESE, por su propia iniciativa, si durante el término establecido por la Ley, la Junta directiva no lo aprobó.
- Realizar la programación anual de las metas de gestión y resultados contenidos en el Plan aprobado por la Junta Directiva.
- Ejecutar el Plan de gestión de la ESE durante el periodo para el cual fue nombrado.
- Preparar el Informe anual de Gestión sobre la ejecución del Plan aprobado por la Junta Directiva.
- Presentar y sustentar ante la Junta Directiva, el Informe anual de gestión dentro de los términos establecidos en la ley.

4.3 DE LAS AREAS DE LA ESE

- Participar en la preparación y formulación del Plan de Gestión de la ESE.
- Participar en la ejecución del Plan, de acuerdo con la asignación de responsabilidades sobre las actividades específicas del mismo
- Participar en la evaluación del Plan Certificar datos e información específica de la Línea de base y de los resultados obtenidos en la ejecución del Plan.



4.4 DEL REVISOR FICAL

- Certificar la información de los indicadores específicos señalados en la metodología adoptada por la Resolución 00710 de 2012, Resolución 743 de 2013 y las normas que la modifiquen o sustituyan.



5. GESTIÓN DIRECCION Y GERENCIA

En este punto el plan de gestión busca el mejoramiento integral de la organización a nivel de procesos administrativos y asistenciales, los cuales contribuirán al cumplimiento de las metas establecidas.

Desde el inicio de la gestión se manifiesta el compromiso gerencial con el cumplimiento de cada uno de los subsistemas propios del Sistema Integrado de Gestión, en el cual se incluye acreditación, el Sistema de Desarrollo Administrativo y otros elementos de gestión fundamentales para la materialización de la misión de la institución.

En esta área de gestión se presentarán tres indicadores, relacionados con el mejoramiento de la calificación de la autoevaluación en la ruta de acreditación, el cumplimiento de los planes de mejora continua y el cumplimiento del Plan de Desarrollo institucional, el cual engloba los dos elementos anteriores.

Para cumplir con las metas propuestas se establecen las siguientes estrategias.

- Compromiso y liderazgo permanente de la alta dirección con la implementación del Sistema Integrado de Gestión.
- Definición conjunta de la plataforma estratégica de la institución, de la cual toda la comunidad hospitalaria se sienta identificada.
- Monitoreo permanente del cumplimiento de Planes, Programas y Proyectos, cuya información permita fortalecer el proceso de toma de decisiones.



INDICADOR 1	FORMULA			
Promedio de la calificación de la autoevaluación cuantitativa y cualitativa en desarrollo del Ciclo de Preparación para la acreditación del Ciclo de Mejoramiento de la Empresa Social del Estado en términos del artículo 2 de la Resolución 2181 de 2008 o de la norma que la sustituya (1)	Promedio de la calificación de la autoevaluación en la vigencia /Promedio de la calificación de la autoevaluación en la vigencia anterior			
ESCENARIO ACTUAL				
En la vigencia 2016 la ESE Hospital Regional Manuela Beltrán Socorro realizó la Autoevaluación con los Estándares Únicos de Acreditación que le fueron aplicables, teniendo como referente el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario, adoptado por la Resolución 123 de 26 de Enero de 2012 y Resolución 1445 de mayo 8 de 2006; con la participación de los líderes de cada proceso, basado en la resolución 2082 de 2014 la cual ajusto los criterios de evaluación en tres dimensiones de enfoque, implementación y resultado.				
LINEA BASE	PROMEDIO 2016/PROMEDIO 2015	1,39/1,12=1,24		
ESTANDAR PROPUESTO	LINEA BASE	LOGROS PARA LA VIGENCIA		
		2017	2018	2019
Mayor o Igual a 1,2	1,24	1,2	1,2	1,2
PROYECCION DE LA CALIFICACION		1,34	1,61	1.92
ACTIVIDADES Y ACCIONES				
<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar el plan de acción del ciclo de preparación para la acreditación acorde a lo establecido en la Resolución 123 de 2012. • Conformar los equipos de Autoevaluación acorde con los grupos estándares aplicables a la ESE. • 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. • 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. 				



INDICADOR 2		FORMULA		
Efectividad en la Auditoria para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud.		Número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas/total de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivada de los planes de mejora del componente de auditoria.		
ESCENARIO ACTUAL				
<p>En la vigencia 2016 se realizaron tanto para el Sistema Único de Acreditación y el Programa de Auditoria para Mejoramiento de la Calidad las siguientes actividades: Se realizó la autoevaluación con los siguientes estándares: Acceso, Humanización, Seguridad del Paciente, Ambiente Físico, Gerencia, Direccionamiento. Las fechas de las reuniones fueron junio 13 de 2016, Junio 15 de 2016, junio 27 de 2016, Junio 28 de 2016; Junio 29 de 2016, Julio 12 de 2016 y Julio 21 de 2016; en esta fechas anteriormente mencionadas se realizó la autoevaluación, selección de procesos a mejorar, priorización de procesos, definición de la calidad esperada, Medición inicial del desempeño de los procesos y Plan de acción para los procesos seleccionados. El 03 de Noviembre de 2016 se realizó el primer seguimiento a la ejecución del plan de acción. El 28 de diciembre de 2016 se ejecutó el segundo seguimiento a la ejecución del plan de acción; con el fin de cerrar ciclos de mejoramiento. El cumplimiento del Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad fue de un 81,36%. Por otra parte el 6 de marzo de 2017 se envió el reporte del Programa de Auditoria para Mejoramiento de la Calidad a la Superintendencia Nacional de Salud; dando cumplimiento a la circular 012 de 2016.</p>				
LÍNEA BASE	Número de acciones de mejoramiento ejecutadas/número de acciones de mejoramiento programadas	48/59=81,36		
ESTANDAR PROPUESTO	LÍNEA BASE	LOGROS PARA LA VIGENCIA		
		2017	2018	2019
Mayor o Igual a 0.90	81,36	Mayor o igual a 0,90	Mayor o igual 0,90	Mayor o igual 0,90
ACTIVIDADES Y ACCIONES				
<ul style="list-style-type: none"> Definir 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 Definir cronograma de ejecución de las acciones de mejora 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. 				



INDICADOR 3		FORMULA		
Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional		Numero de metas del plan operativo anual cumplidas/Numero de metas del plan operativo anual programadas		
ESCENARIO ACTUAL				
El Plan de Desarrollo Institucional presenta 34 metas de las cuales 29 obtienen cumplimiento al 100% representando el 85% de la Ejecución, no alcanzaron su ejecución al 100% 5 de las metas que representando el 15% de las metas propuestas.				
LINEA BASE		Número de acciones cumplidas/Número de acciones programadas	29/34=85%	
ESTANDAR PROPUESTO	LINEA BASE	LOGROS PARA LA VIGENCIA		
		2017	2018	2019
Mayor o Igual a 0,90	85%	Mayor o igual a 0,90	Mayor o igual a 0,90	Mayor o igual a 0,90
ACTIVIDADES Y ACCIONES				
<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración del Plan de Desarrollo Institucional acorde con las necesidades de la Institución y de la comunidad en general. • Socialización del Plan de Desarrollo Institucional • Consolidar la ejecución del Plan de Desarrollo Institucional a través del seguimiento de las actividades programadas para cada vigencia. • Realizar los análisis de causa, estableciendo y ejecutando planes de mejora cuando se presenten resultados no deseados o desviaciones no previstas. • 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. 				



6. GESTION 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, incluye: talento humano, información, financieros y físicos (insumos, medicamentos y suministros en general); la infraestructura física y su mantenimiento y la gestión de la tecnología.



INDICADOR 4		FORMULA		
Riesgo Fiscal y Financiero		Categorización de la ESE por parte del Ministerio de Salud y Protección Social en cuanto a la categorización del riesgo.		
ESCENARIO ACTUAL				
De acuerdo a los resultados de la última vigencia, la ESE Hospital Regional se encuentra SIN RIESGO. (Resolución 2184 de 27 de mayo de 2016)				
ESTANDAR PROPUESTO	LINEA BASE	LOGROS PARA LA VIGENCIA		
		2017	2018	2019
SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO
ACTIVIDADES Y ACCIONES				
<ul style="list-style-type: none"> Fortalecer el recaudo mediante el mejoramiento en el proceso de facturación, radicación y respuesta oportuna y conciliación de glosas. Depurar y conciliar la cartera a fin de establecer información real y confiable. 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. 				



INDICADOR 5		FORMULA		
Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida		$\frac{((\text{Gasto comprometido en el año objeto de la evaluación, sin incluir cuentas por pagar/No. De UVR producidas en la vigencia})/(\text{Gastos comprometidos en la vigencia anterior en valores constantes del año objeto de la evaluación, sin incluir cuentas por pagar/No. de UVR producidas en la vigencia anterior}))}{\text{ESTANDAR PROPUESTO}}$		
ESCENARIO ACTUAL				
Durante la vigencia 2016, la ESE presentó un desequilibrio del gasto frente a las unidades producidas, por lo tanto la línea base propuesta para ese indicador está muy por debajo de lo propuesto por la resolución 743 de 2013.				
Gasto comprometido en el año objeto de evaluación (2016) sin incluir CXP	31.961.921.101	4.963,67		
# de UVR producidas en la vigencia	6.439.169			
Gasto comprometido en la vigencia anterior (2014) en valores constantes del año (2015) objeto de evaluación incluir CXP	28.984.776.250	4.684,49		
# de UVR producidas en la vigencia anterior	6.187.390			
TOTAL GASTOS POR UVR	1,0595			
ESTANDAR PROPUESTO	LINEA BASE	LOGROS PARA LA VIGENCIA		
		2017	2018	2019
Menor de 0,90	1,0595	0,90	0,90	0,90
ACTIVIDADES Y ACCIONES				
<ul style="list-style-type: none"> • Revisar la capacidad instalada vs producción • Revisar la facturación por los servicios prestados • Verificar los costos de producción acorde con los servicios prestados • Fortalecer los servicios de tercer nivel • Mantener política de austeridad en el gasto con el fin de lograr disminuir los gastos. • Seguimiento trimestral a la producción por servicios. 				



INDICADOR 6		FORMULA		
Proporción de medicamentos y material médico adquiridos mediante los siguientes mecanismos: a)compras conjuntas b) compras a través de cooperativas de empresas sociales del estado c) mecanismos electrónicos		Valor total adquirentes de medicamentos y material médico quirúrgico realizadas mediante uno o más de los siguientes mecanismos: a) compras conjuntas b) compras a través de cooperativas de empresas sociales del estado c) mecanismos electrónicos/Valor total de adquirentes de la ESE por medicamentos y material médico - quirúrgico.		
ESCENARIO ACTUAL				
La información descrita en este documento corresponde a la información registrada en la ejecución de gastos a 31 de Diciembre de 2016 y los auxiliares contables, este indicador no se cumple teniendo en cuenta que la cooperativa es la única que hay conformada en Santander y esta no suministra todos los insumos que se requieren en la ESE para su normal funcionamiento.				
PRODUCTOS FARMACEUTICOS		MATERIAL MEDICO QUIRURGICO		
COHOSAN	213.677.277	COHOSAN	749.5180987	
TOTAL OBLIG PPTO	950.099.067	TOTAL OBLIG PPTO	2.317.644.221	
TOTAL COHOSAN		963.196.264		
TOTAL PRESUPUESTO		3.267.743.288		
% PARTICIPACION PRESUPUESTO		0,29		
ESTANDAR PROPUESTO	LINEA BASE	LOGROS PARA LA VIGENCIA		
		2017	2018	2019
Mayor o igual a 0,70	0,29	0,70	0,70	0,70
ACTIVIDADES Y ACCIONES				
Establecer estrategias de negociación y convenios que permitan la adquisición de medicamentos e insumos, siempre y cuando los precios ofertados por las cooperativas existentes en el departamento sean competitivos con los que presenten los demás proveedores de la ESE.				



INDICADOR 7		FORMULA		
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 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 de personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior		
ESCENARIO ACTUAL				
A 31 de diciembre de 2016 la ESE Hospital Regional Manuela Beltrán no tiene deudas que superen los 30 días por conceptos de salarios de personal de planta. Que el valor registrado en los estados financieros a diciembre 31 de 2016 en la cuenta obligaciones labores corresponde a valores causados por provisión de prestaciones e intereses sobre cesantías, prima de vacaciones y bonificación especial por recreación y que por concepto de contratación de servicios, personales, la entidad no adeuda valores a diciembre 31 de 2016 que superen los 30 días.				
ESTANDAR PROPUESTO	LINEA BASE	LOGROS PARA LA VIGENCIA		
		2017	2018	2019
CERO (0) VARIACION NEGATIVA	0,00	0,00	0,00	0,00
ACTIVIDADES Y ACCIONES				
<ul style="list-style-type: none"> • Dar continuidad al pago oportuno de los salarios de personal de planta y prestación de servicios. • Garantizar los recursos mediante gestión de cobro. • Priorizar los compromisos de nómina de la ESE. 				



INDICADOR 8		FORMULA		
Utilización de información de registro individual de prestaciones - RIPS		Numero de informes del análisis de la prestación de servicios de la ESE a la Junta Directiva con base en RIPS en la vigencia. En el caso de instituciones clasificadas de primer nivel el informe deberá contener la categorización dela población capitada, teniendo en cuenta, como mínimo, el perfil epidemiológico y las frecuencias de uso de los servicios.		
ESCENARIO ACTUAL				
La E.S.E realizó durante la vigencia 2016 cuatro presentaciones a la Junta Directiva relacionadas con el análisis de los RIPS generados en cada trimestre, los cuales siempre fueron coherentes con la información registrada en el informe exigido por el Decreto 2193 de 2004.				
ESTANDAR PROPUESTO	LINEA BASE	LOGROS PARA LA VIGENCIA		
		2017	2018	2019
4 INFORMES DURANTE CADA VIGENCIA	4	4	4	4
ACTIVIDADES Y ACCIONES				
<ul style="list-style-type: none"> Continuar con la presentación de informes de RIPS trimestralmente a la Junta Directiva de la ESE para así cumplir con el estándar propuesto para este indicador. Análisis de la información recopilada y planes de mejora según hallazgos. Seguimiento a la calidad y consistencia de la información reportada por parte del departamento de estadística. 				



INDICADOR 9		FORMULA		
Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo		Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (recaudo de CxC de vigencias anteriores)/Valor de ejecución de gastos comprometidos incluyendo cuentas por pagar vigencias anteriores.		
ESCENARIO ACTUAL				
<p>Este indicador permite evaluar que la financiación de los gastos incluyendo cuentas por pagar de las vigencias anteriores, con el recaudo por concepto de ingresos recaudados durante la vigencia, incluyendo las cuentas por cobrar de vigencias anteriores.</p> <p>La información descrita en este documento corresponde a la información registrada en la ejecución de ingresos, gastos a Diciembre 31 de 2015 y 2016 y la información registrada en cumplimiento del decreto 2193 de 2004, la cual nos refleja que por cada peso gastado estamos recaudado 0.97</p>				
CONCEPTO		VALOR		
Ingresos totales recaudados de la vigencia (incluyendo CXC vigencias anteriores)		34.096.822.173		
Total Gastos Comprometidos (incluyendo C X P vigencias anteriores)		34.979.716.637		
TOTAL (Relación recaudo / gasto)		0.97		
ESTANDAR PROPUESTO	LINEA BASE	LOGROS PARA LA VIGENCIA		
		2017	2018	2019
Mayor o igual a 1	0,97	1	1	1
ACTIVIDADES Y ACCIONES				
<ul style="list-style-type: none"> • Maximizar la productividad de la capacidad instalada. • Armonizar la producción, la facturación y el recaudo. • Implementar plan de austeridad del gasto • Hacer seguimiento a los inventarios • Implementar medidas para comprar los insumos y bienes que realmente sean necesario para el funcionamiento la ESE • Comprar los insumos directamente a los fabricantes • Verificar los costos de producción acorde a los servicios prestados • Optimizar la gestión costos. 				



INDICADOR 10		FORMULA		
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		
ESCENARIO ACTUAL				
Con el fin de facilitar las acciones de vigilancia, inspección y control, se reporta información relacionada con indicadores de calidad y financieros a la Superintendencia Nacional de Salud de acuerdo a los términos establecidos en la normatividad vigente.				
ESTANDAR PROPUESTO	LINEA BASE	LOGROS PARA LA VIGENCIA		
		2017	2018	2019
Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos		
ACTIVIDADES Y ACCIONES				
Reportar de manera oportuna el informe semestral en el aplicativo de la Superintendencia Nacional de Salud.				



INDICADOR 11		FORMULA		
Oportunidad en el reporte de la información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que lo sustituya.		Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente		
ESCENARIO ACTUAL				
En relación a este indicador la ESE cumple con los plazos establecidos.				
ESTANDAR PROPUESTO	LINEA BASE	LOGROS PARA LA VIGENCIA		
		2017	2018	2019
Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos		
ACTIVIDADES Y ACCIONES				
Dar cumplimiento al cronograma establecido para el reporte de la información trimestral, semestral y anual del Decreto 2193 de 2004.				



7. GESTION CLINICA O ASISTENCIAL

La gestión clínica y asistencial es la base de la razón de ser de la institución, en ella se incluye los procesos misionales que influyen positivamente en el estado de salud de la población usuaria.

Las actividades de la prestación de servicios de salud son aquellas relacionadas con los subprocesos misionales del hospital, dentro de las cuales se encuentra la Gestión Ambulatoria y la Gestión de Hospitalización y cirugía, Gestión de Salud Pública y la Gestión de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico en concordancia con el nivel de complejidad y portafolio de servicios encaminado al cumplimiento de la misión institucional.



INDICADOR 12		FORMULA		
Evaluación de la aplicación de guía de manejo específica Hemorragias de III trimestre y trastornos hipertensivos en la gestación.		Numero de Historias Clínicas con aplicación estricta de la guía de manejo para hemorragias del III trimestre y trastornos hipertensivos en la gestación/Total de Historias Clínicas auditadas de pacientes con edad gestacional mayor se 27 semanas atendidas en la ESE con diagnóstico de hemorragia del III trimestre y trastornos hipertensivos en la gestación.		
ESCENARIO ACTUAL				
Durante la vigencia 2016 la ESE dio cumplimiento a lo establecido en cuanto a adherencia a la guía de manejo de ahí que el resultado de este indicador fuera de un 91% de cumplimiento.				
Numero de Historia Clínicas con aplicación estricta de guía de manejo		95		
Total de Historias Clínicas auditadas		104		
RESULTADO		0,91		
ESTANDAR PROPUESTO	LINEA BASE	LOGROS PARA LA VIGENCIA		
		2017	2018	2019
Mayor o igual a 0,80	0,91	Mayor o igual 0,80	Mayor o igual 0,80	Mayor o igual 0,80
ACTIVIDADES Y ACCIONES				
Continuar con la presentación de este indicador al comité de Historias Clínicas de acuerdo a lo establecido en la Resolución No. 40 de 2008.				



INDICADOR 13		FORMULA		
Evaluación de la aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o mortalidad atendida		Numero de historias clínicas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de manejo adoptada 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 la muestra representativa de pacientes con el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia.		
ESCENARIO ACTUAL				
Durante la vigencia 2016 se presentaron 294 pacientes con diagnóstico de fracturas de otros huesos de miembros como primera causa de egreso hospitalario.				
Numero de Historia Clínicas con aplicación estricta de guía de manejo adoptada por la ESE		292		
Total de Historias Clínicas auditadas de pacientes con diagnóstico de primera causa		294		
RESULTADO		0,99		
ESTANDAR PROPUESTO	LINEA BASE	LOGROS PARA LA VIGENCIA		
		2017	2018	2019
Mayor o igual a 0,80	0,99	Mayor o igual 0,80	Mayor o igual 0,80	Mayor o igual 0,80
ACTIVIDADES Y ACCIONES				
Continuar con la presentación de este indicador al comité de Historias Clínicas de acuerdo a lo establecido en la Resolución No. 40 de 2008.				



INDICADOR 14		FORMULA		
Oportunidad en la realización de Apendicectomía		Número de pacientes con Diagnostico de Apendicitis al egreso a quienes se realizó la Apendicectomía, dentro de las seis (6) horas de confirmado el diagnostico/Total de con Diagnostico de Apendicitis al egreso en la vigencia objeto de evaluación.		
ESCENARIO ACTUAL				
Durante la vigencia 2016 se presentaron 274 pacientes que requirieron apendicectomía, de los cuales 264 se practicaron antes seis horas de ser confirmado el diagnostico por parte del cirujano.				
Número de pacientes con diagnóstico de apendicitis al egreso a quienes se inició la apendicectomía después de confirmado el diagnostico.		264		
Total de pacientes con diagnóstico de apendicitis		274		
RESULTADO		0,96		
ESTANDAR PROPUESTO	LINEA BASE	LOGROS PARA LA VIGENCIA		
		2017	2018	2019
Mayor o igual a 0,90	0,96	Mayor o igual 0,90	Mayor o igual 0,90	Mayor o igual 0,90
ACTIVIDADES Y ACCIONES				
Continuar con la presentación de este indicador al comité de Historias Clínicas de acuerdo a lo establecido en la Resolución No. 278 de 2014.				



INDICADOR 15		FORMULA		
Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario y variación intramural		Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación y (Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco - aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación/ Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia anterior.)		
ESCENARIO ACTUAL				
Durante la vigencia 2016 no se presentaron casos de neumonía bronco - aspirativas de origen intrahospitalario, dando cumplimiento a la calidad esperada establecida para este indicador.				
Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco - aspirativas vigencia 2016		0		
Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco - aspirativas vigencia 2015		0		
RESULTADO		0,00		
ESTANDAR PROPUESTO	LINEA BASE	LOGROS PARA LA VIGENCIA		
		2017	2018	2019
Cero (0) o variación negativa	0	0	0	0
ACTIVIDADES Y ACCIONES				
Continuar con la presentación de este indicador al comité de Historias Clínicas de acuerdo a lo establecido en la Resolución No. 278 de 2014.				



INDICADOR 16		FORMULA		
Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de infarto agudo de miocardio (IAM)		Número de pacientes con diagnóstico de egreso de Infarto Agudo de 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 de Miocardio en la vigencia		
ESCENARIO ACTUAL				
Durante la vigencia 2016 se diagnosticaron 73 pacientes como Infarto Agudo de Miocardio (IAM) de los cuales 72 egresaron con diagnóstico (IAM), a quienes se les inició la terapia específica dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnóstico, dando cumplimiento a la calidad esperada establecida en la Resolución 743 de 2013.				
Número de pacientes con diagnóstico de egreso de infarto agudo de miocardio		72		
Total de pacientes con diagnóstico de egreso de infarto agudo de miocardio		73		
RESULTADO		0,98		
ESTANDAR PROPUESTO	LINEA BASE	LOGROS PARA LA VIGENCIA		
		2017	2018	2019
Mayor o igual a 0,90	0,98	Mayor o igual 0,90	Mayor o igual 0,90	Mayor o igual 0,90
ACTIVIDADES Y ACCIONES				
Continuar con la presentación de este indicador al comité de Historias Clínicas de acuerdo a lo establecido en la Resolución No. 278 de 2014.				



INDICADOR 17		FORMULA		
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.		
ESCENARIO ACTUAL				
Durante la vigencia 2016 fue susceptible de análisis a comité de mortalidad intrahospitalaria 107 casos, de los cuales se analizaron en su totalidad en comité, dando cumplimiento del 100% a la calidad esperada establecida para este indicador en la resolución 743 de 2013				
Número de casos de mortalidad intrahospitalaria mayor de 48 horas....		107		
Total de defunciones intrahospitalarias mayores de 48 horas		107		
RESULTADO		1,00		
ESTANDAR PROPUESTO	LINEA BASE	LOGROS PARA LA VIGENCIA		
		2017	2018	2019
mayor o igual a 0,90	1	Mayor o igual a 0,90	Mayor o igual a 0,90	Mayor o igual a 0,90
ACTIVIDADES Y ACCIONES				
Continuar con la presentación de este indicador al comité de Historias Clínicas de acuerdo a lo establecido en la Resolución No. 275 de 2014.				



INDICADOR 18		FORMULA		
Oportunidad en la atención de consulta de pediatría		Sumatoria 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 pediátrica y la fecha para la cual es asignada la cita/Número total de consultas médicas pediátricas.		
ESCENARIO ACTUAL				
En la vigencia 2016 la ESE cumplió con la meta propuesta para este indicador, pero se deben buscar estrategias que lo disminuyan puesto que los días de espera se encuentran al límite.				
Sumatoria 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 pediátrica y la fecha para la cual es asignada la cita		17411		
Número total de consultas médicas pediátricas		3611		
RESULTADO		4,8		
ESTANDAR PROPUESTO	LINEA BASE	LOGROS PARA LA VIGENCIA		
		2017	2018	2019
Menor o igual a 5 días	4,8	Menor o Igual a 5 días	Menor o Igual a 5 días	Menor o Igual a 5 días
ACTIVIDADES Y ACCIONES				
<ul style="list-style-type: none"> • Actualizar el análisis de oferta y demanda con el fin de mantener la oferta suficiente de consulta de Pediatría de acuerdo al análisis. • Realizar seguimiento de las agendas implementando estrategias para evitar la demanda insatisfecha del servicio. • Aumentar la contratación de horas de recurso humano especializado • Ampliar horario de consulta • Implementar proceso de confirmación telefónica de citas médicas, con el fin de reasignarlas y así mejorar el cumplimiento de la asistencia. • Seguimiento a la producción en consulta externa de la especialidad. • Actualizar los datos de los usuarios con el fin de permitir la comunicación y suministro de información. • Mecanismos alternos para la asignación de citas con el fin de que el usuario tenga fácil acceso a la prestación del servicio. 				



INDICADOR 19		FORMULA		
Oportunidad en la atención gineco-obstétrica		Sumatoria 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 gineco - obstétrica y la fecha para la cual es asignada la cita/Número total de consultas médicas gineco-obstétricas		
ESCENARIO ACTUAL				
A 31 de diciembre de 2016 la ESE, no cumplió con el estándar propuesto para este indicador por lo tanto hay que generar estrategias que conlleven al cumplimiento de la meta propuesta.				
Sumatoria 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 gineco obstétrica y la fecha para la cual es asignada la cita		46402		
Número total de consultas médicas gineco-obstétricas		5197		
RESULTADO		8,9		
ESTANDAR PROPUESTO	LINEA BASE	LOGROS PARA LA VIGENCIA		
		2017	2018	2019
Menor o igual a 8 días	8,9	Menor o Igual a 8 días	Menor o Igual a 8 días	Menor o Igual a 8 días
ACTIVIDADES Y ACCIONES				
<ul style="list-style-type: none"> • Actualizar el análisis de oferta y demanda con el fin de mantener la oferta suficiente de consulta de Gineco - obstetricia de acuerdo al análisis. • Realizar seguimiento de las agendas implementando estrategias para evitar la demanda insatisfecha del servicio. • Aumentar la contratación de horas de recurso humano especializado • Ampliar horario de consulta • Implementar proceso de confirmación telefónica de citas médicas, con el fin de reasignarlas y así mejorar el cumplimiento de la asistencia. • Seguimiento a la producción en consulta externa de la especialidad. • Actualizar los datos de los usuarios con el fin de permitir la comunicación y suministro de información. • Mecanismos alternos para la asignación de citas con el fin de que el usuario tenga fácil acceso a la prestación del servicio. 				



INDICADOR 20		FORMULA		
Oportunidad en la atención de medicina interna		Sumatoria de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita, por cualquier medio, para ser atendido en la consulta medicina interna y la fecha para la cual es asignada la cita/Número total de consultas de medicina interna asignadas en la institución.		
ESCENARIO ACTUAL				
A 31 de diciembre la ESE cumple con el estándar meta propuesto para este indicador.				
Sumatoria de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita, por cualquier medio, para ser atendido en la consulta medicina interna y la fecha para la cual es asignada la cita		114187		
Número total de consultas de medicina interna asignadas en la institución		8660		
RESULTADO		13.1		
ESTANDAR PROPUESTO	LINEA BASE	LOGROS PARA LA VIGENCIA		
		2017	2018	2019
Menor o igual a 15 días	13,1	Menor o Igual a 15 días	Menor o Igual a 15 días	Menor o Igual a 15 días
ACTIVIDADES Y ACCIONES				
<ul style="list-style-type: none"> • Actualizar el análisis de oferta y demanda con el fin de mantener la oferta suficiente de consulta de Medicina Interna de acuerdo al análisis. • Realizar seguimiento de las agendas implementando estrategias para evitar la demanda insatisfecha del servicio. • Aumentar la contratación de horas de recurso humano especializado • Ampliar horario de consulta • Implementar proceso de confirmación telefónica de citas médicas, con el fin de reasignarlas y así mejorar el cumplimiento de la asistencia. • Seguimiento a la producción en consulta externa de la especialidad. • Actualizar los datos de los usuarios con el fin de permitir la comunicación y suministro de información. • Mecanismos alternos para la asignación de citas con el fin de que el usuario tenga fácil acceso a la prestación del servicio. 				



8. EVALUACION DEL PLAN DE GESTION GERENCIAL

La evaluación del Plan de Gestión Gerencial, por parte de la Junta Directiva del Hospital se realizará acorde a los lineamientos establecidos en la Resolución 710 de 2012 y 743 de 2013.

Elaboración y presentación del informe anual

El gerente de la ESE Hospital Regional Manuela Beltrán presentará a la Junta Directiva un informe anual sobre el cumplimiento del Plan de gestión, el cual deberá ser presentado a más tardar el primero (1) de abril de cada año con corte a 31 de diciembre del año inmediatamente anterior.

El informe anual de gestión del Gerente del Hospital contendrá los logros de los indicadores de gestión y resultados de la empresa y un análisis comparativo de los indicadores de cumplimiento de las metas de gestión y de resultados, junto con un informe motivado de las causas de las desviaciones en los indicadores establecidos en el plan, cuando haya lugar, y de los efectos de éstas en la gestión de la entidad.

Calificación del Informe Anual

La Junta Directiva evaluará el cumplimiento del plan de gestión del gerente, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la presentación del informe de gestión.

i

Para las sesiones de evaluación de la gestión y resultados del gerente, se designará un secretario Ad-Hoc, en el caso en que el secretario sea el gerente del Hospital.

La calificación del informe anual del plan de gestión gerencial se realizará teniendo en cuenta el Anexo No. 3 "Instructivo para la calificación" aplicado a los datos diligenciados en el Anexo No.4 "Matriz de calificación" y los lineamientos establecidos en la Fase de Evaluación de la Resolución 710 de 2012.

Interpretación de Resultados

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



ESCALA DE RESULTADOS		
RANGO DE CALIFICACION (0,0 -5,0)	CRITERIO	CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE GESTION
PUNTAJE TOTAL ENTRE 0,0 Y 3,49	INSATISFACTORIA	MENOR AL 70%
PUNTAJE TOTAL ENTRE 3,5 Y 5.0	SATISFACTORIA	IGUAL O SUPERIOR AL 70%

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. Dicho Acuerdo se le notificará al Gerente quien podrá interponer recurso de reposición ante la Junta Directiva o de Apelación ante la Superintendencia Nacional de Salud, en los términos del artículo 74 de la ley 1438 de 2011.