

PLAN DE GESTIÓN DEL DIRECTOR E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE ARAUCA VIGENCIA 2017-2019



ÁREA DE GESTIÓN	N° DE INDICADOR	INDICADOR	LOGROS O COMPROMISOS PLANTEADOS PARA EL PERIODO DE GERENCIA.	ACTIVIDADES GENERALES A DESARROLLAR	FORMULA DEL INDICADOR	STANDARD PARA CADA AÑO	LINEA BASE	META DEL INDICADOR			FUENTE DE INFORMACIÓN
								2017	2018	2019	
DIRECCIÓN Y GERENCIA 20 %	1.	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.	Realizar Autoevaluación teniendo en cuenta los estándares	1. Capacitar a los líderes de procesos en el Tema de Acreditación Servicios de Salud y Estándares de Calidad con el objeto de que cada proceso se involucre en el tema. 2. Realizar Autoevaluación y calificación de Estándares de Calidad. 3. Socializar a los líderes de procesos tanto asistenciales como administrativos de los resultados del Informe de Autoevaluación. 4. Implementar Plan de Mejoramiento de acuerdo a los resultados obtenidos en la Autoevaluación. 5. Realizar seguimiento a las actividades planteadas en el plan de mejoramiento.	Indicador Nominal	Acreditación en la vigencia evaluada. Postulación para la acreditación formalizada con contrato.	0.00	Realizar autoevaluación completa de estándares para esta vigencia.	Realizar autoevaluación completa de estándares para esta vigencia.	Realizar autoevaluación completa de estándares para esta vigencia.	Documento de Evaluación
	2.	Efectividad en la Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atención en Salud.	Ejecutar el Plan de Auditoría para el mejoramiento de la calidad en la atención en Salud.	1. Realizar Autoevaluación y actualización a Actividades del PAMEC con criterios de acreditación. 2. Seguimiento a las Actividades del PAMEC. 3. Elaboración y Seguimiento a Plan de Mejoramiento como acción correctiva a las Actividades del PAMEC.	Número de Acciones de mejora ejecutadas derivadas de los auditorios realizados / Total de Acciones de mejoramiento programadas para vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoría registrados en el PAMEC.	≥ 0.90	0.40	≥ 0.71	≥ 0.90	≥ 0.90	Certificación de la oficina de calidad u oficina de Control Interno sobre el cumplimiento de los planes de mejoramiento continuo implementados con enfoque en acreditación.
	3.	Gestión de Ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	Realizar seguimiento al plan operativo institucional Inmerso en el plan de Desarrollo institucional	1. Formulación Anual de Planes Operativos por procesos articulados con el Plan Operativo Institucional. Plan de Gestión y demás Planes Institucionales. 2. Ejecutar Seguimiento al Plan Institucional. 3. Presentar Informe con resultados de gestión a la Alta Dirección, y Junta Directiva de la institución.	Número de metas del plan operativo Anual cumplidas / Número de metas de plan operativo anual programadas.	≥ 0.90	0.00	≥ 0.71	≥ 0.90	≥ 0.90	Informe del Responsable de Planeación de la E.S.E. del contrato Informe de Control Interno de la Entidad.

FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA 40 %	4.	Riesgo Fiscal y Financiero	1. Ejecucion y Seguimiento al Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero. 2. Administrar los recursos de la E.S.E logrando el equilibrio presupustal entre el gasto comprometido y los recaudos. 3. hacerle seguimiento a los ingresos operacionales corrientes, para que los gastos que se comprometan tengan respaldo con dichos ingresos(corrientes). 4. que los pasivos adquiridos a largo plazo no superen la extincion del recaudo de cartera de largo plazo. 5. solicitar al funcionario encargado de los proyectos, para que una vez terminado cada proyecto envíe el acta de liquidacion del respectivo contrato para el cruce contable. 6. hacer seguimiento a los ingresos y gastos para que no se hagan compromisos si el presupuesto de ingresos no se está cumpliendo.	Adopción del programa de Saneamiento Fiscal y Financiero	Adopción del programa de Saneamiento Fiscal y Financiero	N/A	N/A	N/A	N/A	Acto Administrativo mediante el cual se adopto el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero para las E.S.E. Categorizadas con riesgo medio o alto.
	5	Evolución del Gasto por Unidad de Valor relativo producida.	Programar y ejecutar el presupuesto de acuerdo a los ingresos recaudados con base a este ejecutar los compromisos. 1. Realizar análisis a la Ejecucion presupustal de ingresos y gastos de manera bimestral con el objeto de ser evaluada por la Alta direccion y el equipo directivo para la toma de decisiones de manera oportuna respecto al % de compromisos realizados durante el periodo Vs. % de recaudo. 2. Aplicar politica de austeridad en el gasto. 3. Incremento de la produccion, crear estrategias que propendan en el incremento en la prestación de servicios de salud ampliando la cobertura y contratación con las EPS y demás pagadores conllevando a incrementar el nivel de los ingresos para la institución.	Gastos de funcionamiento y operacion comercial y prestación de servicios comprometidos en el año objeto de la evaluacion / Número de UVR producidas en la vigencia / Gastos de funcionamiento y operacion comercial y prestación de servicios comprometidos en la vigencia anterior en valores constantes del año objeto de evaluacion / número de UVR producidas en la vigencia anterior.	<0,90	1,40	<0,90	<0,90	<0,90	Ficha técnica de la pagina WEB del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social
FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA 40 %	6	Proporción de medicamentos y material medico quirurgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos: 1. Compras conjuntas. 2. Compras a través de Cooperativas de Empresas Sociales del Estado. 3. Compras a través de mecanismos electrónicos.	Análisis Costo / beneficio económico al realizar compras a través de cooperativas de E.S.E.	1. Realizar el proceso de adquisición de medicamentos y material medico quirurgico a través de Cooperativas con el objetivo de optimizar recursos y generar un porcentaje de ahorro significativo.	Valor total adquisiciones de medicamentos y material medico quirurgico mediante uno o mas de los siguientes mecanismos: a. Compras conjuntas. B. Compras a través de cooperativas de E.S.E. c. compras a través de mecanismos electrónicos. / Valor total de adquisiciones de la E.S.E. por medicamentos y material medico quirurgico.	≥ 0,70	0,00	≥ 0,70	≥ 0,70	Informe del responsable del área de compras, firmado por el Revisor Fiscal.

FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA 40 %	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.	Cancelación oportuna de salarios a personal de planta y contrato de prestación de servicios.	1. Garantizar y priorizar el pago por concepto de salarios y prestaciones sociales al personal de planta de la Institución. 2. Garantizar y priorizar el pago de honorarios al personal vinculado bajo la modalidad de prestación de servicios. 3. Minimizar el trámite para contabilización y pago de cuentas de prestación de servicios.	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 - [(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 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)]	Cero (0) o variación negativa.	0,00	variacion negativa	variacion negativa	cerro	Certificación de Revisoria Fiscal.
	8.	Utilización de Información de registro individual de prestaciones RIPS.	Elaborar el perfil epidemiológico de la Institución de manera trimestral Informe de Producción soportado en la información del registro individual de prestadores RIPS.	1. Realizar Perfil Epidemiológico Institucional de manera trimestral. 2. Elaborar Informe de Producción trimestral soportado en la Información de RIPS.	Número de Informes del análisis de la prestación de servicios de la E.S.E. a la Junta Directiva con base en los RIPS en la vigencia En el caso de Instituciones clasificadas en primer nivel el Informe deberá contener la caracterización de la población captada, teniendo en cuenta como mínimo el perfil epidemiológico y las frecuencias de uso de los servicios.	4	0,00	3	4	4	Informe del responsable de Planeación de la E.S.E. o quien haga sus veces Actas de Junta Directiva

FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA 40 %	9.	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudado.	Establecer equilibrio entre los ingresos recaudados y los gastos comprometidos de la institución. (no comprometer mas del valor recaudado.)	1. Realizar análisis a la Ejecución presupuestal de ingresos y gastos de la institución de manera bimestral y ejecutar los compromisos basados en el recaudo y no en el reconocimiento.	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (incluye recaudo de CXG de vigencias anteriores) / Valor de la ejecución de gastos comprometidos incluyendo cuentas por pagar de vigencias anteriores	≥ 1	0.75	0.91	≥ 1	≥ 1	Ficha técnica de la página WEB del SIIQ del Ministerio de Salud y Protección Social
	10.	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Unica expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya.	Entregar y reportar de manera oportuna la información a la Superintendencia Nacional de Salud	1. Elaboración del cronograma interno, en donde se establezcan fechas de entrega por parte de las unidades productoras de la información. 2. Realizar seguimiento y verificación a la entrega oportuna del Informe de Circular Unica de la Super Salud. 3. Envío de información a la Super Salud de acuerdo a los fechas establecidas.	Cumplimiento oportuno de los informes en términos de la normatividad vigente	Cumplimiento dentro de los términos previstos	ENTREGA OPORTUNA	Entrega oportuna dentro del término previsto	Entrega oportuna dentro del término previsto	Entrega oportuna dentro del término previsto	Superintendencia Nacional de Salud
	11	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya.	Entregar y reportar de manera oportuna la información en la Plataforma del SIIQ y a la Entidad territorial dentro de los plazos establecidos para tal fin	1. Difundir al personal asistencial médicos generales, médicos especialistas, enfermeras profesionales y auxiliares de enfermería la guía hemorragias del III trimestre y trastornos hipertensivos en gestantes. 2. Realizar adherencia al 100 % de las historias clínicas con diagnóstico de hemorragias del III trimestre y trastornos hipertensivos en gestantes. 3. Realizar seguimiento mensual a la guía de manejo específica hemorragias del III trimestre y trastornos hipertensivos en la gestación.	Cumplimiento oportuno de los informes en términos de la normatividad vigente	Cumplimiento dentro de los términos previstos	OPORTUNO	Cargue y Entrega oportuna dentro del término previsto	Cargue y Entrega oportuna dentro del término previsto	Cargue y Entrega oportuna dentro del término previsto	Ministerio de Salud y Protección Social
	12	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para hemorragias del III trimestre o trastornos hipertensivos gestantes.	Realizar seguimiento a la aplicación de guía de manejo específica para hemorragias del III trimestre o trastornos hipertensivos gestantes.	1. Difundir al personal asistencial médicos generales, médicos especialistas, enfermeras profesionales y auxiliares de enfermería la guía hemorragias del III trimestre y trastornos hipertensivos en gestantes. 2. Realizar adherencia al 100 % de las historias clínicas con diagnóstico de hemorragias del III trimestre y trastornos hipertensivos en gestantes. 3. Realizar seguimiento mensual a la guía de manejo específica hemorragias del III trimestre y trastornos hipertensivos en la gestación.	Número de historias clínicas auditadas, que hacen parte de la muestra representativa con aplicación efectiva de la guía de manejo para hemorragias del III trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación/ Total historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con edad gestacional mayor de 27 semanas atendidos en la ESE con diagnóstico de hemorragia del III trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación.	≥ 0.80	0.47	0.60	0.80	0.80	Informe del Comité de Historias Clínicas de la E.S.E.

GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL 40%	13	Evaluación de aplicación de la guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida.	Realizar seguimiento a la aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida.	1. Determinar cual es la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida. 1. Adoptar y / o Actualizar la guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario en la ESE Hospital San Vicente de Arauca. 3. Difundir al personal asistencial médicos generales, médicos especialistas, enfermeras profesionales y auxiliares de enfermería la guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida. 4. Realizar seguimiento mensual a la guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario de morbilidad atendida.	Número de historia clínicas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de manejo adoptada por la E.S.E. 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.	≥ 0.80	0.69	≥ 0.80	≥ 0.80	≥ 0.80	Informe del Comité de Historias Clínicas de la E.S.E.
	14	Oportunidad en la realización de apendicectomía.	Garantizar los insumos, material médico quirúrgico y personal médico necesarios para la oportunidad en la prestación del servicio de apendicectomía en la institución.	1. Difundir al personal asistencial médicos generales, médicos especialistas, enfermeras profesionales y auxiliares de enfermería la guía y el protocolo de apendicitis. 2. Evaluar y analizar la adherencia a la guía de apendicitis. 3. Garantizar la oportunidad en el procedimiento quirúrgico dentro de las seis horas de confirmado el diagnóstico.	Número de pacientes con diagnóstico de apendicitis al egreso a quienes se realizó la apendicectomía, dentro de las seis horas de confirmado el diagnóstico / Total de pacientes con diagnóstico de apendicitis al egreso en la vigencia objeto de evaluación.	≥ 90	0.90	≥ 90	≥ 90	≥ 90	Informe de Subgerencia Científica de la E.S.E. o quien haga sus veces.
	15	Número de Pacientes con pediatras con neumonías broncopulmonares de origen intrahospitalario y variación interanual.	Implementar guía de manejo para pacientes pediatras con riesgo de neumonías broncopulmonares.	1. Implementar guía de manejo para pacientes pediatras con riesgo de neumonías broncopulmonares. 2. Difundir al personal asistencial médicos generales, médicos especialistas, enfermeras profesionales y auxiliares de enfermería la guía de manejo para pacientes pediatras con riesgo de neumonías broncopulmonares. 3. Evaluar adherencia de la guía de manejo para pacientes pediatras con riesgo de neumonías broncopulmonares.	Número de Pacientes pediatras con neumonías broncopulmonares de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación. / Número de Pacientes pediatras con neumonías broncopulmonares de origen intrahospitalario en la vigencia anterior	Cero (0) o variación negativa.	0.00	variación negativa	variación negativa	variación negativa	Comité de Calidad o quien haga sus veces. (Garantía de la Calidad)

GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL 40%	16.	Oportunidad en la Atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de infarto agudo del Miocardio.	Realizar seguimiento a la aplicación de guía de manejo de Atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de infarto agudo del Miocardio	1. Difundir al personal asistencial médicos generales, médicos especialistas, enfermeras profesionales y auxiliares de enfermería la guía para el manejo de pacientes con diagnóstico al egreso de infarto agudo del Miocardio. 2. Evaluar Adherencia a la guía para el manejo de pacientes con diagnóstico al egreso de infarto agudo del Miocardio. 3. Identificar y hacer seguimiento al paciente diagnosticado con infarto agudo al miocardio a quienes se inició terapia específica dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnóstico. 4. Realizar seguimiento a los casos en el comité de seguridad del paciente.	Número de pacientes con diagnóstico de egreso de infarto agudo de miocardio a quienes se inicio 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.	≥ 0,90	1,00	≥ 0,71	≥ 0,90	≥ 0,90	Comité de Calidad o quien haga sus veces. Subdirección Científica
	17.	Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria.	Realizar revisión y análisis a los casos de mortalidad intrahospitalaria mayor de 48 horas que se presenten en la institución	1. Identificar las principales causas de mortalidad intrahospitalaria mayor de 48 horas que se presenten en la institución. 2. Evaluar Adherencia a la guía de principales causas de mortalidad intrahospitalaria mayor de 48 horas que se presenten en la institución. 3. Realizar plan de mejoramiento y seguimiento a las acciones establecidas en el mismo.	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.	≥ 90	0,82	≥ 90	≥ 90	≥ 90	Comité de mortalidad Hospitalaria o quien haga sus veces
	18.	Oportunidad en la atención de consulta de pediatría.	Garantizar el personal especialista para atender oportunamente a pacientes pediátricos y mejorar la calidad de este servicio.	1. Garantizar la contratación de personal especialista en pediatría que permita satisfacer la demanda de pacientes. 2. Implementar estrategias para mejorar la prestación de este servicio y evitar la demanda insatisfecha del mismo. 3. Hacer seguimiento a la ejecución de agenda médica por esta especialidad y la oportunidad en la asignación de la cita.	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita, por cualquier medio para ser atendido en la consulta médica gineco-obstétrica y la fecha para la cual es asignada la cita / Número total de consultas médicas gineco-obstétricas asignadas en la institución.	≤5	4,00	≤5	≤5	≤5	Superintendencia Nacional de Salud
	19.	Oportunidad en la atención Gineco-obstétrica.	Garantizar el personal especialista para atender oportunamente a pacientes Ginecológicos y mejorar la calidad de este servicio.	1. Garantizar la contratación de personal especialista en Ginecología que permita satisfacer la demanda de pacientes. 2. Implementar estrategias para mejorar la prestación de este servicio y evitar la demanda insatisfecha del mismo. 3. Hacer seguimiento a la ejecución de agenda médica por esta especialidad y la oportunidad en la asignación de la cita.	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita, por cualquier medio para ser atendido en la consulta médica gineco-obstétrica y la fecha para la cual es asignada la cita / Número total de consultas médicas gineco-obstétricas asignadas en la institución.	≤8	3,00	≤8	≤8	≤8	Superintendencia Nacional de Salud

GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL 40%	20.	Oportunidad en la atención de Medicina Interna.	Garantizar el personal especializado para atender oportunamente a pacientes de Medicina Interna mejor la calidad de este servicio.	1. Garantizar la contratación de personal especialista en Medicina Interna que permita satisfacer la demanda de pacientes. 2. Implementar estrategias para mejorar la prestación de este servicio y evitar la demanda insatisfecha del mismo. 3. Hacer seguimiento a la ejecución de agenda médica por esta especialidad y la oportunidad en la asignación de la cita.	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita, por cualquier medio, para ser atendido en la consulta médica interna y la fecha para la cual es asignada la cita / Número total de consultas médica interna asignadas en la Institución.	≤15	4.00	≤15	≤15	≤15	Superintendencia Nacional de Salud
--	------------	---	--	--	--	-----	------	-----	-----	-----	------------------------------------



J.L. FERNANDO GARCIA LOYO
DIRECTOR