



ESE HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL PILAR
BARRANCAS LA GUAJIRA
PLAN DE GESTION VIGENCIA 2016 – 2020
BARRANCAS SALUDABLE

CODIGO: PG-01

VERSION: 01

**ESE HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL PILAR BARRANCAS LA
GUAJIRA**

**PLAN DE GESTION BARRANCAS SALUDABLE
2016-2020
CLAUDIA BOLIVAR SOTO
GERENTE**

COPIA CONTROLADA



Septiembre 2.016

INTRODUCCION

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 2011, se retoma el tema de evaluación técnica de la gestión gerencial y es reglamentada por la Resolución 710 de 2.012, expedida hace un poco más de 4 años 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 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.



**ESE HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL PILAR
BARRANCAS LA GUAJIRA
PLAN DE GESTION VIGENCIA 2016 – 2020
BARRANCAS SALUDABLE**

CODIGO: PG-01

VERSION: 01

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.

Se realiza ajuste al plan de gestión en la vigencia del año 2018, según lo estipulado en la resolución 0408 de 2018 que sustituye los anexos 1,2,3,y 4 de la resolución de 743 de 2013; para lo cual se envían ajuste a la junta directiva con fecha 1 de marzo de 2018 y es aprobado por la misma a través del acuerdo numero 002 marzo de 2018.

COPIA CONTROLADA



PLATAFORMA ESTRATEGICA

Misión

Somos una institución que presta servicios de atención en salud de baja y mediana complejidad, con un modelo de atención materno infantil, que busca mantener y mejorar el estado de salud de la comunidad a través de la gestión de los riesgos, la seguridad del paciente y la humanización de servicios como pilares del proceso de atención.

Visión.

Seremos en el 2020 una entidad, con una eficiente gestión de los recursos; financieros, humanos, ambientales y tecnológicos, que trabaja en el mejoramiento continuo de sus procesos, consolidando una cultura de seguridad en la atención materno infantil y garantizando el equilibrio entre el riesgo el costo y el beneficio.

PRINCIPIOS

- ✓ TRANSPARENCIA
- ✓ RESPONSABILIDAD SOCIAL
- ✓ EFICIENCIA
- ✓ CALIDAD
- ✓ EQUIDAD

VALORES

- ✓ COMPROMISO
- ✓ TRABAJO EN EQUIPO
- ✓ RESPETO
- ✓ SOLIDARIDAD
- ✓ SEGURIDAD



POLITICA INTEGRAL DE CALIDAD, SEGURIDAD Y MEDIO AMBIENTE.

En la ESE Hospital Nuestra Señora del Pilar, enfocamos nuestros procesos a contribuir con el mejoramiento de la calidad de vida y seguridad de nuestros clientes internos y externos, a cuidar y proteger el medio ambiente, a mejorar las condiciones de vida y trabajo para lo cual nos comprometemos con:

- ↻ Brindar una atención segura, oportuna, confiable y humanizada.
- ↻ Prevenir el impacto ambiental negativo asociado con el uso de los recursos y la generación de residuos, vertimientos y emisiones.
- ↻ Prevenir y controlar los riesgos operacionales.
- ↻ Promover y mantener condiciones y factores ocupacionales seguros, procurando un bienestar físico, mental y social a nuestros colaboradores.
- ↻ Promover el cumplimiento permanente de los requisitos legales aplicables, una cultura organizacional propia que involucre a los proveedores, contratistas, visitantes y población del entorno y el mejoramiento continuo del desempeño de los procesos.

OBJETIVOS INSTITUCIONALES

Ser una institución pública integral de salud, centrada en el paciente y su familia.

Producir servicios de salud eficientes y efectivos, según las normas establecidas.

Prestar los servicios de salud y materno infantil que necesite la población de su área de influencia.

Garantizar la rentabilidad social y financiera mediante una gerencia adecuada.

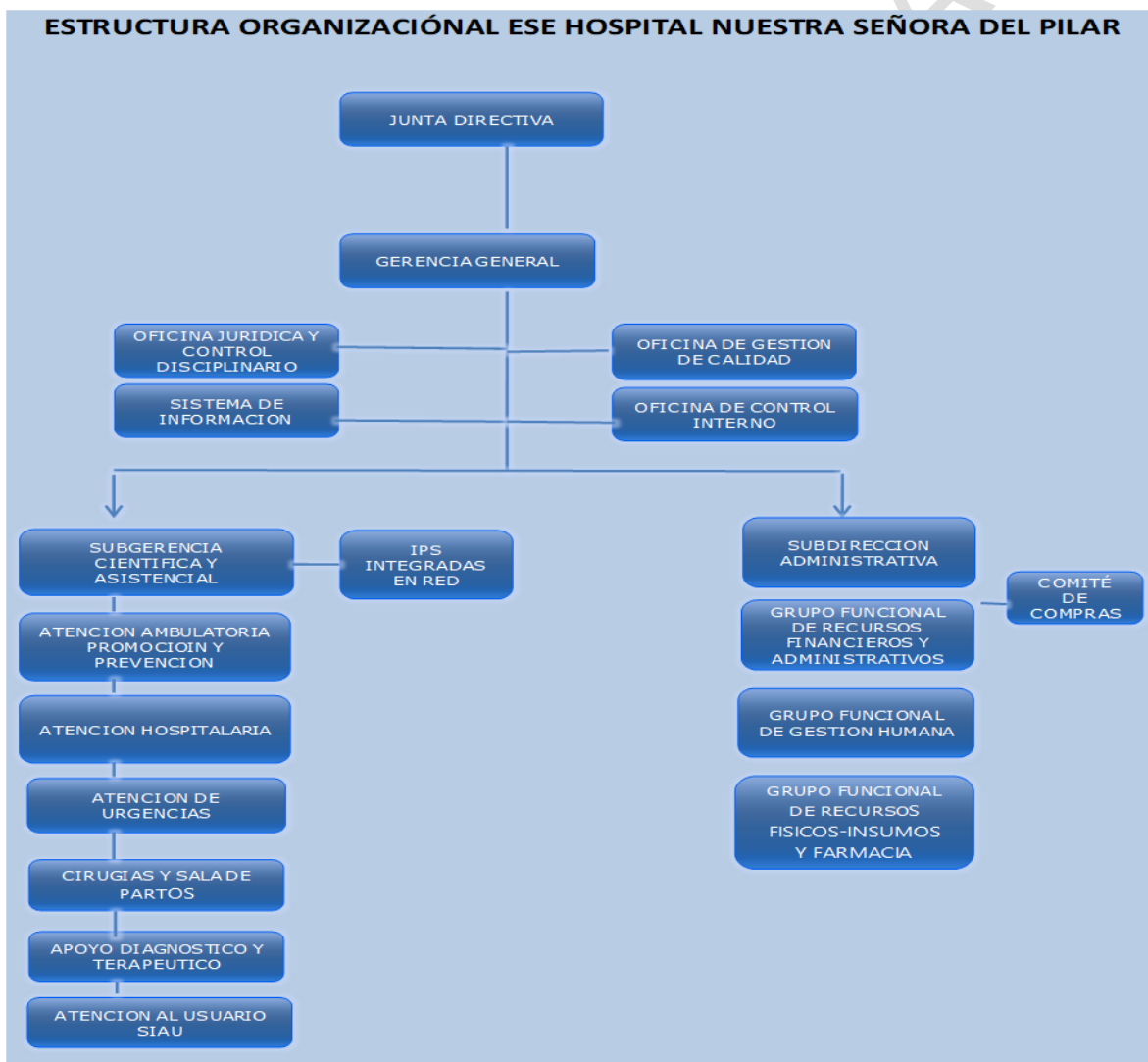
Ofrecer a las entidades promotoras de salud o a quien lo demande, servicios o paquetes de servicios a tarifas competitivas en el mercado.

Garantizar los mecanismos de participación ciudadana y comunitaria.



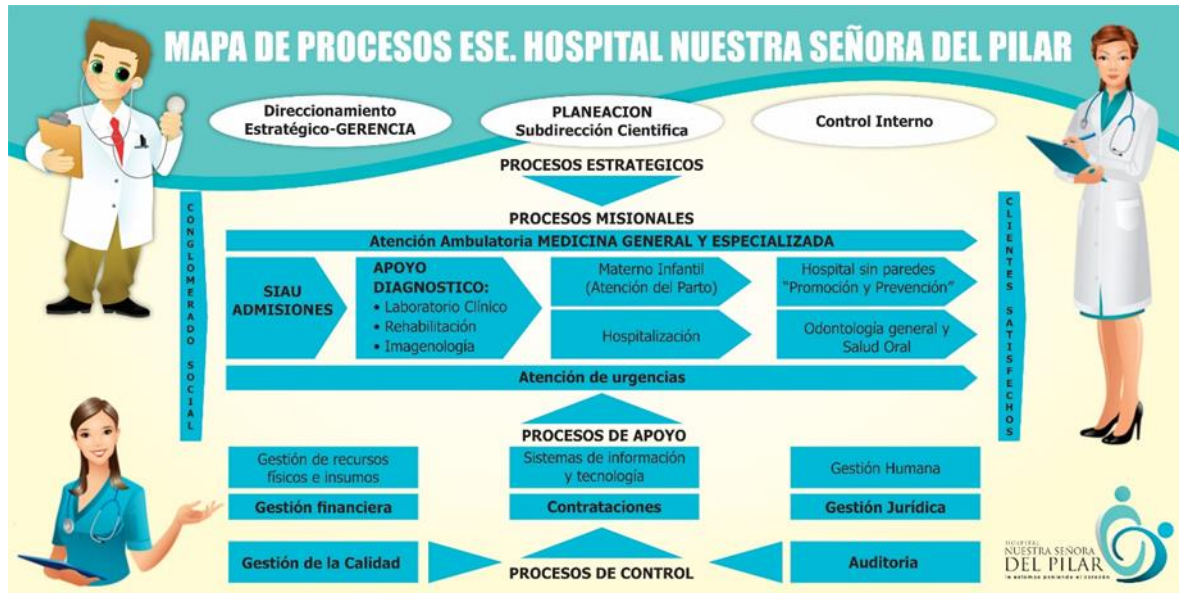
ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

El direccionamiento estratégico se plantea a través de la gestión por procesos, que incluye el mapa de procesos y la caracterización de procesos y de procedimientos el cual fue discutido y aprobado por el grupo directivo del hospital mediante acuerdo numero de 2013, actualmente cuenta con 4 macro procesos y 18 procesos, que a su vez se desplegaran en subprocesos y procedimientos.





MAPA DE PROCESOS



PROCESOS: los procesos identificados en el mapa de procesos de la ESE Hospital Nuestra Señora del Pilar se clasifican en cuatro tipos de procesos los cuales son:

PROCESOS DE DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO: son aquellos que presentan las directrices acerca del sistema integrado de gestión de la institución.

PROCESOS MISIONALES: son los que reflejan la operación de la institución, los cuales responden a lo que se dedica el hospital (misión de la ESE).

PROCESOS DE APOYO: son aquellos procesos que prestan funciones de soporte a los procesos misionales y estratégicos de la entidad, estos son vitales para la correcta ejecución de las actividades de la institución.

PROCESOS DE CONTROL: son aquellos que buscan evaluar el sistema integrado de gestión y establecen puntos de control como mecanismo para efectuar el autocontrol en la entidad.

RELACION PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS: a continuación se presenta la relación de cada uno de los procesos con los respectivos procedimientos establecidos en el



sistema de calidad, para el desarrollo de las actividades que se llevan a cabo en el hospital con el fin de dar cumplimiento a su misión.

1. Ampliar el mercado
 - ✓ Población no cubierta
 - ✓ Servicios nuevos
 - ✓ Ingresos no misionales (Alianza APP)
 - ✓ Mejorar condiciones de contratación (incremento de la UPC-Régimen Subsidiados y mejorar tarifa SOAT para Régimen Contributivo y aseguradoras).
2. Disminución de recobros, Glosas.
3. Optimizar condiciones de competitividad
4. Mejoramiento de calidad de servicios
5. Referencia y contra referencia
6. Sistema de información para la calidad
7. Gestión del mantenimiento hospitalario

GENERALIDADES

OBJETIVOS GENERAL

Establecer un horizonte hacia el cual enfilear 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 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.

CICLO DEL PLAN DE GESTION



LINEAS DE PLAN DE GESTION



ROLES EN EL PLAN DE GESTION

DE LA JUNTA DIRECTIVA



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

DEL GERENTE

- ✓ Preparar el Plan de gestión que pretende ejecutar en el periodo para el cual fue nombrado
- ✓ Presentar y sustentar el Plan de Gestión de la ESE, a la Junta Directiva, dentro de los términos previstos por la ley.
- ✓ Realizar Observaciones al Plan de Gestión del 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

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.

DEL REVISOR FICAL

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



1. GESTIÓN ESTRATÉGICA

AREA DE GESTION: DIRECCION Y GERENCIA:

El objetivo de esta área es el de implementar y mantener la unidad de objetivos e intereses de la organización en torno a la Misión y Objetivos institucionales, establece las políticas, el direccionamiento de la entidad, y se fundamenta en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, como un componente que plantea un modelo de excelencia y óptimo rendimiento en la calidad de la prestación de los servicios en salud. Se presta especial atención como estrategia de control y soporte al desarrollo institucional, el fortalecimiento del sistema de Información a través de monitoreo y planeación de la gestión de los procesos de prestación de los servicios, administrativos y financieros.

La implementación del Sistema Único de Acreditación busca el logro de niveles superiores de calidad, en la prestación de servicios de salud, y se realiza en forma conjunta con la implementación del PAMEC, y los demás subsistemas del Sistema Integrado de Gestión de Calidad. En este indicador la ESE ha venido realizando las autoevaluaciones de los grupos de estándares aplicables al hospital como IPS, con la participación de los grupos de autoevaluación y mejora, se han desarrollado los planes de mejoramiento, pero no se le ha dado continuidad por lo que hay pocos resultados.

Prospectivamente la ESE fija su meta no solo en la documentación y estandarización de procesos, sino que va más allá del entrenamiento, apropiación y aplicación de los mismos hacia el logro de los objetivos institucionales.

INDICADOR	FORMULA	RESULTADO DEL INDICADOR
Mejoramiento continuo de la calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.	Promedio de la calificación de la autoevaluación en la vigencia evaluada	1,90/1,55=1,23
	/ Promedio de la calificación de la autoevaluación de la vigencia anterior.	
SITUACION ACTUAL: La E.S.E. Realizo la autoevaluación para verificar el nivel de avance en el mejoramiento institucional, luego de lo cual, se hizo la priorización de los estándares con base en la calificación según los criterios de Volumen, Costo y cobertura. Una vez realizada la priorización se formularon planes de Mejoramiento de acuerdo con las		ACTIVIDADES Y ACCIONES DE MEJORAMIENTO 1. Establecer equipos de autoevaluación por estándares de la Resolución 123 2013. 2. Socialización del sistema único de acreditación. 3. Realizar 2 autoevaluaciones anuales con sus respectivos planes de mejora. 4. Establecer un plan de monitoreo al



**ESE HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL PILAR
BARRANCAS LA GUAJIRA
PLAN DE GESTION VIGENCIA 2016 – 2020
BARRANCAS SALUDABLE**

CODIGO: PG-01

VERSION: 01

calificaciones de priorización mayores o iguales a 100 puntos.		cumplimiento de las acciones de mejoramiento. 5. Capacitación en acreditación y certificación en procesos de calidad.				
ESTANDAR PROPUESTO	LINEA DE BASE	LOGROS PARA LA VIGENCIA				
		2016	2017	2018	2019	2020
Mayor o igual a 1,20	1,23	1,23	1,25	1,30	1,35	1,40
ESTRATEGIAS PROPUESTAS		<p>Compromiso y liderazgo permanente de la alta dirección con la implementación del Sistema Integrado de Gestión.</p> <p>Definición conjunta de la plataforma estratégica de la institución, de la cual toda la comunidad hospitalaria se sienta identificada.</p> <p>Monitoreo permanente del cumplimiento de Planes, Programas y Proyectos, cuya información permita fortalecer el proceso de toma de decisiones.</p>				

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, el Sistema de Desarrollo Administrativo y otros elementos de gestión fundamentales para la materialización de la misión de la institución de la **ESE HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL PILAR**.

INDICADOR	FORMULA	RESULTADO DEL INDICADOR
Efectividad en la auditoria para el Mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud.	Relación del No. Acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas	26/59=44%
	No. Acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoria registrados en el PAMEC.	
SITUACION ACTUAL: Producto de cada autoevaluación, surgen planes de mejoramiento en función de los estándares en los cuales la institución aun presenta oportunidades de mejora, en el año 2015 se formularon 14 planes de mejoramiento, uno por cada estándar y el cumplimiento se dio de la siguiente		ACTIVIDADES Y ACCIONES DE MEJORAMIENTO. <ol style="list-style-type: none"> 1. Conformar el equipo de auditoria del PAMEC. 2. Realizar la autoevaluación inicial de estándares y priorización. 3. Diseñar documento PAMEC con sus planes de mejoramiento. 4. Evaluar mensualmente el cumplimiento de las actividades en



**ESE HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL PILAR
BARRANCAS LA GUAJIRA
PLAN DE GESTION VIGENCIA 2016 – 2020
BARRANCAS SALUDABLE**

CODIGO: PG-01

VERSION: 01

<p>manera: El 76% de las acciones formuladas fueron cumplidas en su totalidad en la vigencia, el 20% quedaron en desarrollo y el 4% restante fueron no iniciadas. Los estándares que tuvieron un cumplimiento por encima del 80% fueron direccionamiento, laboratorio, seguridad del paciente, rehabilitación y gerencia.</p>		<p>el comité de calidad.</p> <p>5. Aplicar un programa de auditorias a procesos asistenciales y administrativos durante los 4 años en los POA anuales.</p>				
ESTANDAR PROPUESTO	LINEA DE BASE	LOGROS PARA LA VIGENCIA				
		2016	2017	2018	2019	2020
Mayor o igual a 0,90	0,44	0,44	0,60	0,75	0,80	0,85
ESTRATEGIAS PROPUESTAS	<p>Compromiso y liderazgo permanente de la alta dirección con la implementación del Sistema Integrado de Gestión.</p> <p>Analizar el cumplimiento de las actividades mensualmente.</p> <p>Mantener tablero de indicadores de acreditación actualizados.</p>					

El plan de desarrollo institucional es la carta de navegación, que le permite al gerente y su equipo directivo tomar decisiones oportunas. La planeación nace de la información que se tiene tanto del ambiente externo como interno y del diagnóstico situacional de la institución para saber en dónde estamos y a donde queremos llegar.

En este contexto es importante resaltar que el Plan de Desarrollo 2016-2020 "Barrancas Saludable" se orienta al fortalecimiento de acciones integradas en el modelo de atención materno infantil, crecimiento del portafolio de servicios, actualización de Infraestructura física y tecnológica, implementación un sistema de gestión financiera para la optimización de los recursos que garantice la sostenibilidad de la ESE, desarrollar el sistemas de seguimiento y gestión - enfocado en los más altos estándares de calidad, e implementar un modelo de gestión del conocimiento e innovación, que permita lograr la visión institucional

INDICADOR	FORMULA	RESULTADO DEL INDICADOR
Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo institucional.	No. metas del Plan Operativo Anual Cumplidas en la vigencia objeto de la evaluación.	La entidad no cuenta con POA
	No. Metas Plan Operativo Anual Programadas en la vigencia objeto de la evaluación.	
SITUACION ACTUAL: Cumplimiento 2015 del 0,96%. PDI 2013-2016 formulado con prioridades de la ESE HNSP.		ACTIVIDADES Y ACCIONES DE MEJORAMIENTO. 1. Diseñar PDI. 2. Construir POA anual 3. Socializar los POA con las áreas



**ESE HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL PILAR
BARRANCAS LA GUAJIRA
PLAN DE GESTION VIGENCIA 2016 – 2020
BARRANCAS SALUDABLE**

CODIGO: PG-01

VERSION: 01

		institucionales. 4. Evaluar cumplimiento de metas de resultado y de producto.				
ESTANDAR PROPUESTO	LINEA DE BASE	LOGROS PARA LA VIGENCIA				
		2016	2017	2018	2019	2020
Mayor o igual a 0,90	0,96	0	0,65	0,75	0,85	0,95
ESTRATEGIAS PROPUESTAS	<ol style="list-style-type: none"> Empoderar al personal, para el cumplimiento de las metas de producto y resultado del plan de desarrollo Barrancas Saludable 2016-2020. Realizar la medición del cumplimiento del PDI trimestralmente y sus planes operativos anuales desde el control interno. Evaluar los resultados obtenidos de la medición y establecer las acciones correctivas y de mejora a que haya lugar. Mantener actualizada las matrices de cumplimiento de los indicadores del PDI, los POA y planes de gestión. 					

AREA DE GESTION: ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

GESTION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

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.

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

INDICADOR	FORMULA	RESULTADO DEL INDICADOR
Riesgo fiscal y financiero	Adopción del programa de saneamiento fiscal y financiero	Acto administrativo mediante el cual se adopto el programa de saneamiento fiscal y financiero para la ESE



**ESE HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL PILAR
BARRANCAS LA GUAJIRA
PLAN DE GESTION VIGENCIA 2016 – 2020
BARRANCAS SALUDABLE**

CODIGO: PG-01

VERSION: 01

<p>SITUACION ACTUAL: Para las vigencias 2012, 2013, 2014 y 2015 la institución se ha encontrado categorizada en riesgo ALTO, a pesar de que la ESE realizo plan de saneamiento fiscal y financiero el mismo no fue viabilizado por el Ministerio de Hacienda por no contar el Departamento de La Guajira con documento red. Dado lo anterior la entidad se encuentra actualmente a disposición de la Superintendencia Nacional de Salud.</p>		<p>ACTIVIDADES Y ACCIONES DE MEJORAMIENTO.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. fortalecer los ingresos. 2. Mejorar la contratación aumentando UPC de contratación. 3. Fortalecer el proceso de facturación. 4. Disminuir los gastos. 5. Mejorar la gestión de la cartera. 6. Saneamiento contable de pasivos y cartera. 7. Reubicación y optimización del uso del recurso humano que se encuentra incorporado en la planta de personal, la cual puede conllevar a una reestructuración. 8. Fortalecer la auditoria para disminuir niveles de glosas, devoluciones. 9. Mejorar la administración del presupuesto. 10. Mejorar el proceso de recaudo de los ingresos. 11. Realizar mercadeo de servicios. 12. Realizar seguimiento permanente a las acciones tomadas. 				
ESTANDAR PROPUESTO	LINEA DE BASE	LOGROS PARA LA VIGENCIA				
		2016	2017	2018	2019	2020
Sin riesgo	Categoría Riesgo Alto	ALTO	MEDIO	MEDIO	BAJO	BAJO
ESTRATEGIAS PROPUESTAS	<p>Aumenta venta de servicios al régimen contributivo, SOAT, Policía Nal, Ejército Nal, régimen subsidiado.</p> <p>Disminuir gastos de funcionamiento en contratación indirecta de personal, con una correcta planeación según oferta de servicios.</p> <p>Disminuir gastos de operación comercial (servicios públicos, costos de medicamentos e insumos).</p> <p>Presupuestar basado en recaudos, así mismo comprometer monitorear mensualmente los indicadores de compromiso recaudo, reconocimientos recaudos y compromisos giro.</p> <p>Contratar una persona para la gestión proactiva de cartera, (cobro factura en el momento del plazo) descuento por pronto pago en la cartera.</p> <p>Mantener actualizado y depurada los estados de cartera.</p> <p>Realizar paquetes de servicios para la mujer y los niños con tarifas competitivas.</p> <p>Realizar contratación indirecta de personal por metas de</p>					



**ESE HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL PILAR
BARRANCAS LA GUAJIRA
PLAN DE GESTION VIGENCIA 2016 – 2020
BARRANCAS SALUDABLE**

CODIGO: PG-01

VERSION: 01

	<p>producción.</p> <p>Realizar Outsourcing y/o arrendamiento de las áreas de; Fisioterapia, Imagenología, Quirófanos y un pabellón de hospitalización.</p>
--	--

Evolución del gasto por unidad de Valor Relativo producida

Establece el Total Gastos Comprometidos (en millones de pesos de año evaluado), sobre el /No. De UVR Producidas en la vigencia) y lo compara con la vigencia anterior. Las Unidades de Valor relativo producida, las homologa por nivel de atención, con el fin de unificar la producción de los hospitales

INDICADOR	FORMULA	RESULTADO DEL INDICADOR
Evolución del gasto por unidad de Valor Relativo producida	Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometidos en la vigencia objeto de la evaluación/ número de UVR producidas en la vigencia objeto de la evaluación / (gastos de funcionamiento y operación comercial, y prestación de servicios comprometidos en la vigencia anterior en valores constantes de la vigencia objeto de evaluación/ numero de UVR producidas en la vigencia anterior)	
	(Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia anterior en valores constantes del año objeto de evaluación / número de UVR producidas en la vigencia anterior)]	
<p>SITUACION ACTUAL: La ESE Hospital Nuestra Señora del Pilar para la vigencia 2015 se estableció en un \$19.143 UVR, arrojando un resultado de este indicador en 0.86 para esta vigencia; por lo anterior se pretende reducir los gastos, hacer un uso razonable de los recursos que se tienen sin afectar la producción.</p>	<p>ACTIVIDADES Y ACCIONES DE MEJORAMIENTO.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Revisar la capacidad instalada vs producción 2. Verificar sistema de información la trazabilidad de la atención 3. Revisión de la facturación por los servicios prestados 4. Verificar los costos de producción acorde a los servicios prestados 	



**ESE HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL PILAR
BARRANCAS LA GUAJIRA
PLAN DE GESTION VIGENCIA 2016 – 2020
BARRANCAS SALUDABLE**

CODIGO: PG-01

VERSION: 01

		<ol style="list-style-type: none"> 5. Definir indicadores de seguimiento por Unidad Funcional y subproceso 6. Establecer puntos de control en los diferentes procesos financieros y productivos. 7. Fortalecer la gestión institucional, mejorando competencias para monitorear productividad. 				
ESTANDAR PROPUESTO	LINEA DE BASE	LOGROS PARA LA VIGENCIA				
		2016	2017	2018	2019	2020
Mayor o igual 0,90	1,050	1,259	0,85	0,90	0,90	0,90
ESTRATEGIAS PROPUESTAS	<p>Esta relación debe mejorar año a año al hacer más eficiente el gasto y alcanzar el nivel productivo del hospital con base en la capacidad instalada, con los acuerdos de red que deben materializarse en la vigencia y las políticas de austeridad y control estricto del gasto, especialmente en las compras de insumos y medicamentos que impactan altamente este gasto.</p> <p>Este indicador de eficiencia plantea la comparación entre dos vigencias consecutivas de la relación entre el gasto y la producción anuales, pretendiendo que cada vez la producción aumente más que proporcionalmente frente al gasto. La única meta de resultado posible para obtener una calificación de cinco (5) puntos que representa el indicador, se logra disminuyendo en un diez (10%) la relación año tras año, es decir obtener un cociente de 0.9.</p> <p>Disminuir permanentemente el gasto sin bajar producción: esta alternativa es ilógica toda vez que en una serie en el tiempo llegaría a un monto de gasto con tendencia a cero para poder mantener la misma producción que garantice el cociente en 0.9 propuesto (es decir, manteniendo constante la producción, se debería reducir año tras año en 10% el gasto hasta llegar a cero).</p>					

Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante mecanismos de compras

A través de este indicador se busca la eficiencia y transparencia en la contratación, adquisiciones y compras de las Empresas Sociales del Estado, para lo cual pueden asociarse entre sí, constituir cooperativas o utilizar sistemas de compras electrónicas o cualquier otro mecanismo que beneficie a las entidades con economías de escala, calidad, oportunidad y eficiencia, respetando los principios de la actuación administrativa y la contratación pública.



**ESE HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL PILAR
BARRANCAS LA GUAJIRA
PLAN DE GESTION VIGENCIA 2016 – 2020
BARRANCAS SALUDABLE**

CODIGO: PG-01

VERSION: 01

INDICADOR	FORMULA	RESULTADO DEL INDICADOR										
Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos: a) de compras conjuntas b) compras a través de cooperativas de Empresas sociales del estado c) de mecanismos electrónicos	<p>Valor total de adquisiciones de medicamentos y material médico-quirúrgico realizadas en la vigencia evaluada mediante uno o más de los siguientes mecanismos (a) compras conjuntas (b) compras a través de cooperativas de ESE, (c) compras a través de mecanismos electrónicos</p> <p>/ Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico-quirúrgico en la vigencia evaluada.</p>	0										
<p>SITUACION ACTUAL: Es de anotar que la meta establecida en este criterio difícilmente es alcanzable, ya que el volumen, diversidad, criterios de calidad y precios de medicamentos y material médico quirúrgico utilizado por la E.S.E no permite un manejo estandarizado el cual pueda ser manejado en su totalidad por el mecanismo sugerido en este ítem</p>		<p>ACTIVIDADES Y ACCIONES DE MEJORAMIENTO.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Reformular e incluir este mecanismo en el manual de contratación. 2. Establecer estrategias de negociación y convenios que permitan la adquisición de medicamentos e insumos. 3. Implementar metodología de control y seguimiento 										
ESTANDAR PROPUESTO	LINEA DE BASE	LOGROS PARA LA VIGENCIA										
4	0	<table border="1"> <thead> <tr> <th>2016</th> <th>2017</th> <th>2018</th> <th>2019</th> <th>2020</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>0,25</td> <td>0,25</td> <td>0,25</td> <td>0,25</td> </tr> </tbody> </table>	2016	2017	2018	2019	2020	0	0,25	0,25	0,25	0,25
2016	2017	2018	2019	2020								
0	0,25	0,25	0,25	0,25								
ESTRATEGIAS PROPUESTAS		Constituir las asociaciones pertinentes y/o cooperativas, adaptar el actual estatuto de contratación por parte de la Junta Directiva con estos lineamientos.										

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

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



**ESE HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL PILAR
BARRANCAS LA GUAJIRA
PLAN DE GESTION VIGENCIA 2016 – 2020
BARRANCAS SALUDABLE**

CODIGO: PG-01

VERSION: 01

INDICADOR	FORMULA	RESULTADO DEL 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	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 dic. 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 dic. De la vigencia objeto de la 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.											
SITUACION ACTUAL: La ESE Hospital Nuestra Señora del Pilar, dada las condiciones financieras, reflejando un estado de iliquidez lo cual no ha permitido cumplir con las obligaciones a corto plazo; presentándose este indicador en una variación negativa en cada una de las vigencias analizadas anteriormente incluso la vigencia del año 2015 - 17.0%. los pasivos por honorarios y servicios a corte de marzo de 2016 eran de		ACTIVIDADES Y ACCIONES DE MEJORAMIENTO. <ol style="list-style-type: none"> 1. Gestionar los recursos de la cartera mayor de 360 días para garantizar la liquidez al Hospital. 2. Cumplir y hacer cumplir las obligaciones laborales de conformidad con las disposiciones legales y de contratación. 3. Hacer seguimiento a los pagos en los términos establecidos 										
ESTANDAR PROPUESTO	LINEA DE BASE	LOGROS PARA LA VIGENCIA										
0	-17%	<table border="1"> <thead> <tr> <th>2016</th> <th>2017</th> <th>2018</th> <th>2019</th> <th>2020</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>15,19</td> <td>12</td> <td>10</td> <td>9</td> </tr> </tbody> </table>	2016	2017	2018	2019	2020		15,19	12	10	9
2016	2017	2018	2019	2020								
	15,19	12	10	9								
ESTRATEGIAS PROPUESTAS	Realizar una disminución anual del 15% de las obligaciones derivadas de la nómina y las relacionadas con la contratación de personal bajo la modalidad de OPS y grupo de especialistas.											

Es importante aclarar que dentro de esta línea se encuentran incluidos valores que el Hospital adeuda por prestación de servicios y que se encuentran en proceso jurídico. Se plantea una disminución para las vigencias subsiguientes, sin dejar en 0 como el



**ESE HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL PILAR
BARRANCAS LA GUAJIRA
PLAN DE GESTION VIGENCIA 2016 – 2020
BARRANCAS SALUDABLE**

CODIGO: PG-01

VERSION: 01

estándar propuesto en razón a todas las limitantes en el recaudo acorde a la dinámica del sector.

Este indicador mide la eficiencia en los pagos a servidores independiente de su forma de vinculación, sin embargo, es importante resaltar que puede ser nociva su evaluación si el hospital durante una vigencia finaliza sin deuda y por alguna circunstancia termina con una mínima deuda pasaría la calificación de 5 a 0.

Utilización de información de Registro individual de prestaciones (RIPS)

Es el conjunto de datos mínimos y básicos que el Sistema General de Seguridad Social en Salud requiere para los procesos de dirección, regulación y control, y como soporte de la venta de servicios, cuya denominación, estructura y características se ha unificado y estandarizado para todas las entidades en cumplimiento de la Resolución 3374 de 2000.

El RIPS provee los datos que se requieren para hacer seguimiento a la prestación de servicios de salud en el marco del SGSSS. Su objetivo es servir de herramienta para la determinación del perfil de morbilidad y producción de servicios. Si bien se hacen incesantes esfuerzos por obtener información que permita la más adecuada planeación y organización de la prestación de servicios de salud a través del software Krystalos, se ve limitada por la calidad en el registro y las restricciones del Sistema de Información actual, por lo cual la ESE continua realizando los esfuerzos para promover la oportunidad y calidad del registro generado por la atención en salud a través de la re parametrización del software, y la capacitación del personal de facturación y sistemas de información.

INDICADOR	FORMULA	RESULTADO DEL INDICADOR
Utilización de información de Registro individual de prestaciones (RIPS)	Número de informes del análisis de la prestación de servicios de la ESE presentados a la junta directiva con base en RIPS de la vigencia objeto de evaluación. En el caso de instituciones clasificadas en primer nivel, el informe deberá contener la caracterización de la población capitada, teniendo en cuenta como mínimo, el perfil epidemiológico y las frecuencias de uso de los servicios.	0



**ESE HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL PILAR
BARRANCAS LA GUAJIRA
PLAN DE GESTION VIGENCIA 2016 – 2020
BARRANCAS SALUDABLE**

CODIGO: PG-01

VERSION: 01

SITUACION ACTUAL: A la fecha no se realiza ningún informe a la junta sobre los RIPS. Y la información de RIPS solo se circunscribe a cumplir con el requisito de presentación o radicación de las cuentas ante los aseguradores.		ACTIVIDADES Y ACCIONES DE MEJORAMIENTO. 1. Revisar la base de datos y actualizar la parametrización de los módulos del sistema de información Krystalos. 2. Socializar, sensibilizar y retroalimentar a los profesionales de salud en el registro de la información. 3. Procesar, validar y analizar el dato. 4. Consolidar y analizar la información generada en los RIPS, con presentación de informe a la Junta Directiva				
ESTANDAR PROPUESTO	LINEA DE BASE	LOGROS PARA LA VIGENCIA				
		2016	2017	2018	2019	2020
4	0	1	3	4	4	4
ESTRATEGIAS PROPUESTAS		El 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 servicios, así como el desarrollo de nuevos servicios, orientación de los planes y programas de mercadeo.				

Resultado Equilibrio presupuestal con recaudo

Este indicador permite evaluar que la financiación de los gastos incluyendo las cuentas por pagar de las vigencias anteriores, comparado con el recaudo de ingresos recaudados durante la vigencia, incluyendo las cuentas por cobrar de vigencias anteriores permanezca en equilibrio.

INDICADOR	FORMULA	RESULTADO DEL INDICADOR
Resultado equilibrio presupuestal con recaudo	$\frac{\text{valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia objeto de evaluación, (incluye el valor recaudado de c x c de vigencias anteriores)}}{\text{valor de la ejecución de gastos comprometidos en la vigencia objeto de evaluación (incluye el valor comprometido de C x C de vigencias anteriores)}}$	0.35
SITUACION ACTUAL: el hospital presenta una relación entre el recaudo y compromiso presupuestal del (0.35). En la relación recaudo/compromiso durante la vigencia 2015, es evidente que lo recaudado no alcanza para cubrir los		ACTIVIDADES Y ACCIONES DE MEJORAMIENTO. Definir el plan de ventas acorde a capacidad instalada. 1. Verificar contratación actual y definir política de venta de servicios.



compromisos debido al déficit consecutivo presentados en los últimos 9 años. el hospital presenta un déficit presupuestal por bajo recaudo de la venta de servicios, y mala planeación de gastos.		<ol style="list-style-type: none"> 2. Maximizar la productividad de la capacidad instalada. 3. Armonizar la producción, la facturación y el recaudo. 4. Evaluar el plan anual de compras y su comportamiento. 5. Implementar un Plan de Austeridad del Gasto- Cero Desperdicio. 6. Verificar los costos de producción acorde a los servicios prestados. 7. Optimizar los costos 				
ESTANDAR PROPUESTO	LINEA DE BASE	LOGROS PARA LA VIGENCIA				
Mayor o igual a 1,0	0,35	2016	2017	2018	2019	2020
		0,804	0,70	0,85	0,95	1
ESTRATEGIAS PROPUESTAS		Mejorar la oportunidad en la presentación y radicación de las cuentas. Mejorar la rotación de la cartera. Establecer políticas de recaudos, con un equipo preparado.				

Este indicador presenta dificultad para alcanzar el equilibrio dado que en la práctica los tiempos requeridos para la radicación de cuentas y comportamiento en la rotación de cartera no permite al final del año que el recaudo efectivo se realice en la misma anualidad, mientras que los compromisos si se ejecutan al 100% en la vigencia

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.

Con el fin de facilitar las acciones de vigilancia, inspección y control, se reporta información relacionado con indicadores de calidad y financieros a la Superintendencia Nacional de Salud.

INDICADOR	FORMULA	RESULTADO DEL 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	Cumplimiento oportuno de los informes en términos de la normatividad vigente	Extemporánea.
SITUACION ACTUAL: La ESE tiene dificultades en		ACTIVIDADES Y ACCIONES DE MEJORAMIENTO. 1. Ajustar el sistema de información que permita

la oportunidad en la presentación de informes que deben ser corregidos.	generar información confiable. 2. Realizar análisis y retroalimentación a los datos arrojados por el sistema. 3. Establecer planes de mejora permanente a la información. 4. Reportar de manera oportuna el informe semestral en el aplicativo de la Superintendencia Nacional de Salud					
ESTANDAR PROPUESTO	LINEA DE BASE	LOGROS PARA LA VIGENCIA				
		2016	2017	2018	2019	2020
Cumplimiento dentro de los términos previstos	Extemporánea	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos
ESTRATEGIAS PROPUESTAS	Control interno debe monitorear el cronograma anual de presentación de informes. Control interno debe presentar 2 informes semestrales a gerencia acerca del cumplimiento de envíos del cronograma especificando dificultades y acciones de mejoramiento.					

Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 compilado en la sección 2 capítulo 8 título 3 parte 5 de libro 2 del decreto 780 de 2016- decreto único reglamentario del sector salud protección social o la norma que la sustituya

En relación con estos indicadores el hospital cumple con los plazos establecidos. Sin embargo, se propone fortalecer la consistencia de la información mediante la revisión y depuración de datos.

INDICADOR	FORMULA	RESULTADO DEL INDICADOR
Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 compilado en la sección 2 capítulo 8 título 3 parte 5 de libro 2 del decreto 780 de 2016- decreto único	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente de la vigencia objeto de evaluación.	Extemporánea



**ESE HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL PILAR
BARRANCAS LA GUAJIRA
PLAN DE GESTION VIGENCIA 2016 – 2020
BARRANCAS SALUDABLE**

CODIGO: PG-01

VERSION: 01

reglamentario del sector salud protección social o la norma que la sustituya												
SITUACION ACTUAL: La entidad presenta dificultades para consolidar la información que se debe subir a la plataforma por deficiencias del software y falta de compromiso de coordinadores y administrativos en la presentación oportuna de los informes periódicos.		ACTIVIDADES Y ACCIONES DE MEJORAMIENTO. <ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar seguimiento a través del cronograma de informes y responsables. 2. Conciliar la información de manera permanente entre las áreas 3. Dar cumplimiento al cronograma establecido para el reporte de la información trimestral, semestral y anual del Decreto 2193. 										
ESTANDAR PROPUESTO	LINEA DE BASE	LOGROS PARA LA VIGENCIA										
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>2016</th> <th>2017</th> <th>2018</th> <th>2019</th> <th>2020</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Cumplimiento dentro de los términos previstos.</td> <td>Cumplimiento dentro de los términos previstos.</td> <td>Cumplimiento dentro de los términos previstos.</td> <td>Cumplimiento dentro de los términos previstos.</td> <td>Cumplimiento dentro de los términos previstos.</td> </tr> </tbody> </table>	2016	2017	2018	2019	2020	Cumplimiento dentro de los términos previstos.	Cumplimiento dentro de los términos previstos.	Cumplimiento dentro de los términos previstos.	Cumplimiento dentro de los términos previstos.	Cumplimiento dentro de los términos previstos.
2016	2017	2018	2019	2020								
Cumplimiento dentro de los términos previstos.	Cumplimiento dentro de los términos previstos.	Cumplimiento dentro de los términos previstos.	Cumplimiento dentro de los términos previstos.	Cumplimiento dentro de los términos previstos.								
ESTRATEGIAS PROPUESTAS	Control interno debe monitorear el cronograma anual de presentación de informes. Control interno debe presentar 2 informes semestrales a gerencia acerca del cumplimiento de envíos del cronograma especificando dificultades y acciones de mejoramiento.											



**ESE HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL PILAR
BARRANCAS LA GUAJIRA
PLAN DE GESTION VIGENCIA 2016 – 2020
BARRANCAS SALUDABLE**

CODIGO: PG-01

VERSION: 01

GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL: Son las relacionadas con el conjunto de procesos orientados a la prestación de servicios salud a los usuarios, en concordancia con su nivel de complejidad, portafolio de servicios y capacidad resolutive a nivel asistencial.

Las actividades de la prestación de servicios de salud son aquellas relacionadas con los procesos misionales del hospital, dentro de los cuales se encuentra la Gestión Ambulatoria, 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.

Durante los últimos ocho años, con la implementación de la ruta crítica para la acreditación se ha observado el mejoramiento en varios procesos, sin embargo este despliegue no se le dio continuidad en el cuatrienio pasado por lo cual no hay una cultura del reporte de eventos adversos y seguimiento a indicadores, se puede verificar una tendencia en el comportamiento de indicadores que miden la calidad, la eficiencia y la eficacia en los servicios pero sin evidencias de mejoramiento continuo, estandarización de procesos y rendimiento de los equipos asistenciales.

AREA DE GESTIÓN: CLINICA Y ASISTENCIAL

INDICADOR	FORMULA	RESULTADO DEL INDICADOR
Proporción de Gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación.	<p>Número de mujeres gestantes a quienes se les realizó por lo menos una valoración médica y se inscribieron al Programa del control Prenatal de la ESE a más tardar en la semana 12 de gestación en la vigencia objeto de evaluación.</p> <p>Total, de mujeres gestantes identificadas en la vigencia objeto de evaluación.</p>	0,85%
<p>SITUACION ACTUAL: La ESE cuenta con programas como hospital sin paredes, donde se realiza la búsqueda activa de las gestantes y así cubrir la atención integral en las zonas urbana y rural, del municipio.</p> <p>Así mismo la mayor problemática está centrada en las glosas por incumplimiento de metas de PyP entre</p>		<p>ACTIVIDADES Y ACCIONES DE MEJORAMIENTO.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Proponer a las EPS el aumento de UPC para mejorar búsqueda con equipos en zonas rurales y urbanas. 2. Mejorar la demanda inducida a través de técnicos y trabajadores sociales y promotoras de salud. 3. Preparar los equipos UMMI, para fortalecer los programas maternos infantiles.



**ESE HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL PILAR
BARRANCAS LA GUAJIRA
PLAN DE GESTION VIGENCIA 2016 – 2020
BARRANCAS SALUDABLE**

CODIGO: PG-01

VERSION: 01

ellos el control prenatal		4. Diseñar y Promover la política materna infantil.				
ESTANDAR PROPUESTO	LINEA DE BASE	LOGROS PARA LA VIGENCIA				
		2016	2017	2018	2019	2020
Mayor o igual a 0,85	0,85	0,90	0,90	0,90	0,95	0,95
ESTRATEGIAS PROPUESTAS	<p>Promover a vigilancia de MME.</p> <p>Socializar guías de atención del Ministerio control prenatal y 412.</p> <p>Socializar las matrices de cumplimiento de las EPS contratadas.</p> <p>Realizar monitoreo mensual al cumplimiento de metas.</p> <p>Mejorar información de RIPS y 4505.</p>					

INDICADOR	FORMULA	RESULTADO DEL INDICADOR				
Incidencia de Sífilis congénita en partos atendidos en la ESE	Numero de Recién nacidos con diagnóstico de sífilis congénita en población atendida por la ESE en la vigencia objeto de evaluación.					
SITUACION ACTUAL: No se presentaron y/o Reportaron casos de sífilis congénita.		ACTIVIDADES Y ACCIONES DE MEJORAMIENTO. <ol style="list-style-type: none"> 1. Adoptar las guías del Ministerio de Salud y socializarlas. 2. Evaluar SIVIGILA 3. Monitorear cumplimiento COVE 				
ESTANDAR PROPUESTO	LINEA DE BASE	LOGROS PARA LA VIGENCIA				
		2016	2017	2018	2019	2020
0	0,85	0	0	0	0	0
ESTRATEGIAS PROPUESTAS	Establecer desde la subdirección científica un programa de educación continuada que garantice el entrenamiento de médicos y enfermeras para mantener el indicador y mitigar riesgos en caso de ocurrencia de eventos adversos.					



**ESE HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL PILAR
BARRANCAS LA GUAJIRA
PLAN DE GESTION VIGENCIA 2016 – 2020
BARRANCAS SALUDABLE**

CODIGO: PG-01

VERSION: 01

INDICADOR	FORMULA	RESULTADO DEL INDICADOR										
Evaluación de aplicación de Guía de manejo específico: Guía de atención de enfermedades hipertensivas	Numero de historias clínicas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estrictas de guía de atención de enfermedades hipertensivas adoptada por la ESE en la vigencia objeto de evaluación.	0										
	Total, historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con diagnósticos hipertensión arterial atendidos en la ESE en la vigencia objeto de evaluación.											
SITUACION ACTUAL: Para la vigencia 2015 el programa de hipertensión arterial cuenta con 435 pacientes a los cuales se les realizo auditoria a una muestra de 53 historias la cual muestran la aplicabilidad de la norma técnica, lo que permite evidenciar que la ESE está cumpliendo con la evaluación		ACTIVIDADES Y ACCIONES DE MEJORAMIENTO. <ol style="list-style-type: none"> 1. Adoptar las guías de manejo de enfermedades hipertensivas del Min salud y socializarlas. 2. Monitorear la adherencia a estas guías tomando el 10% de los asistentes a controles para auditar, y presentar informes a médicos de los programas. 3. Garantizar un programa de gestión de riesgo cardiovascular a través de medicina interna a los inscritos en el programa, para ello se deberá establecer un procedimiento y socializarlo. 										
ESTANDAR PROPUESTO	LINEA DE BASE	LOGROS PARA LA VIGENCIA										
Mayor o igual a 0,90	0	<table border="1"> <tr> <td>2016</td> <td>2017</td> <td>2018</td> <td>2019</td> <td>2020</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>0,90</td> <td>0,90</td> <td>0,90</td> <td>0,90</td> </tr> </table>	2016	2017	2018	2019	2020	0	0,90	0,90	0,90	0,90
2016	2017	2018	2019	2020								
0	0,90	0,90	0,90	0,90								
ESTRATEGIAS PROPUESTAS	Establecer políticas de mejoramiento al programa de hipertensos y diabéticos desde la subdirección científica en coordinación con la enfermera coordinadora de PyP. Coordinar con gestión de la calidad, el diseño y socialización de procedimientos y guías de atención a los programas de hipertensión y diabetes. Subdirección científica deberá realizar la auditoria de adherencia a guías del 10% de las historias de los pacientes en estos controles.											



**ESE HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL PILAR
BARRANCAS LA GUAJIRA
PLAN DE GESTION VIGENCIA 2016 – 2020
BARRANCAS SALUDABLE**

CODIGO: PG-01

VERSION: 01

INDICADOR	FORMULA	RESULTADO DEL INDICADOR										
Evaluación de aplicación de guía de manejo de crecimiento y desarrollo	<p>Numero de Historias Clínicas que hacen parte de la muestra representativa de niños y niñas menores de 10 años a quien se aplicó estrictamente la guía técnica para la detección temprana de alteraciones de crecimiento y desarrollo en la vigencia objeto de la evaluación.</p> <p>Numero de historias clínicas de niños menores de 10 años incluidos en la muestra representativa a quienes se atendió en consulta de CYD en la ESE en la vigencia objeto de evaluación.</p>	<p>67/2354= 0,084</p>										
<p>SITUACION ACTUAL: Para la vigencia 2015 el programa de CYD cuenta con 2354 pacientes a los cuales a 67 historias clínicas se les realizo auditoria donde se evidencia el cumplimiento de la norma técnica de la 412 de la atención</p>		<p>ACTIVIDADES Y ACCIONES DE MEJORAMIENTO.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Adoptar las guías de manejo de programas de crecimiento y desarrollo de la 412 y ajustarlas con el pediatra para garantizar la gestión de riesgos. 2. Socializarlas al personal de zona urbana y rural. 3. Monitorear la adherencia a estas guías tomando el 10% de los asistentes a controles para auditar, y presentar informes a médicos de los programas. 4. Garantizar un programa de gestión de riesgo infantil a través de pediatría a los inscritos en el programa, para ello se podrán utilizar estrategias grupales y remitir los pacientes que lo requieran a consulta con pediatría. 										
ESTANDAR PROPUESTO	LINEA DE BASE	LOGROS PARA LA VIGENCIA										
Mayor o igual a 0,80	0084	<table border="1"> <tr> <td>2016</td> <td>2017</td> <td>2018</td> <td>2019</td> <td>2020</td> </tr> <tr> <td>0.084</td> <td>0,80</td> <td>0,80</td> <td>0,80</td> <td>0,80</td> </tr> </table>	2016	2017	2018	2019	2020	0.084	0,80	0,80	0,80	0,80
2016	2017	2018	2019	2020								
0.084	0,80	0,80	0,80	0,80								
ESTRATEGIAS PROPUESTAS	<p>Establecer políticas de mejoramiento al programa de crecimiento y desarrollo desde la subdirección científica en coordinación con la enfermera coordinadora de PyP. Coordinar con gestión de la calidad, el diseño y socialización de procedimientos y guías de atención a los programas de crecimiento y desarrollo. Subdirección científica deberá realizar la auditoria de</p>											



**ESE HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL PILAR
BARRANCAS LA GUAJIRA
PLAN DE GESTION VIGENCIA 2016 – 2020
BARRANCAS SALUDABLE**

CODIGO: PG-01

VERSION: 01

	adherencia a guías del 10% de las historias de los pacientes en estos controles.
--	--

INDICADOR	FORMULA	RESULTADO DEL INDICADOR										
Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas.	<p>Número de pacientes que reingresan al servicio de urgencias en la misma institución antes de 72 horas con el mismo diagnóstico de egreso en la vigencia objeto de evaluación.</p> <p>Número total de egresos vivos atendidos en el servicio de urgencias en la vigencia objeto de evaluación.</p>											
<p>SITUACION ACTUAL: Desde el 2015 se monitorea el indicador, pero no hay evidencias de mejoramiento, ni de socialización de la importancia de gestionar este evento adverso.</p>		<p>ACTIVIDADES Y ACCIONES DE MEJORAMIENTO.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Socializar el listado de eventos adversos que monitorea la institución y montar la trazabilidad de los resultados mensual. 2. Establecer programas que permitan al recurso humano detectar oportunamente este evento y reportarlo. 3. Establecer una metodología de gestión y socializar los resultados trimestralmente. 										
ESTANDAR PROPUESTO	LINEA DE BASE	LOGROS PARA LA VIGENCIA										
Menor o igual a 0,03		<table border="1"> <tr> <td>2016</td> <td>2017</td> <td>2018</td> <td>2019</td> <td>2020</td> </tr> <tr> <td>0,03</td> <td>0,03</td> <td>0,03</td> <td>0,03</td> <td>0,03</td> </tr> </table>	2016	2017	2018	2019	2020	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03
2016	2017	2018	2019	2020								
0,03	0,03	0,03	0,03	0,03								
ESTRATEGIAS PROPUESTAS	<p>Documentar y socializar el tablero de indicadores de eventos adversos trazadores de la institución. Monitorearlos y evaluarlos mensualmente, socializando los resultados con el personal asistencial. Publicar los resultados en carteleras y pagina web, junto a las acciones de mejoramiento. El profesional de apoyo de gestión de la calidad deberá garantizar la pro actividad en la gestión de los eventos adversos y el monitoreo, evaluación y publicación de los resultados del programa de seguridad del paciente.</p>											



**ESE HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL PILAR
BARRANCAS LA GUAJIRA
PLAN DE GESTION VIGENCIA 2016 – 2020
BARRANCAS SALUDABLE**

CODIGO: PG-01

VERSION: 01

INDICADOR	FORMULA	RESULTADO DEL INDICADOR										
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general	Sumatorio de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de medicina general de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó, en la vigencia objeto de evaluación											
	Número total de citas de medicina general de primera vez asignadas en la vigencia objeto de evaluación.											
SITUACION ACTUAL: En la ESE se tiene establecido la asignación de citas, sin embargo, aún no se ha definido la oferta real que se debe tener de acuerdo con la contratación y metas de aumento de producción de acuerdo con el personal contratado, no se monitorea el UVR y no se programan metas mensuales, hay fallas en la planeación del área asistencial lo que disminuye la productividad y aumenta los gastos.		ACTIVIDADES Y ACCIONES DE MEJORAMIENTO. <ol style="list-style-type: none"> 1. La subdirección científica establecerá las metas de producción de acuerdo con la contratación con las EPS, la información de SIHO y el PGIR. 2. La subdirección deberá establecer un tablero de monitoreo a la productividad de los médicos y definir oferta médica para garantizar oportunidad. 3. Coordinar con la gestión de la calidad los planes de mejora de acuerdo con los resultados mensuales del indicador. 										
ESTANDAR PROPUESTO	LINEA DE BASE	LOGROS PARA LA VIGENCIA										
Mayor o igual a 3	3	<table border="1"> <thead> <tr> <th>2016</th> <th>2017</th> <th>2018</th> <th>2019</th> <th>2020</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>3</td> <td>3</td> <td>3</td> <td>3</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>	2016	2017	2018	2019	2020	3	3	3	3	3
2016	2017	2018	2019	2020								
3	3	3	3	3								
ESTRATEGIAS PROPUESTAS	Definir oferta real de acuerdo con la contratación y metas de aumento de productividad. Diligenciar según metodología PGIR las metas para el 2017. Socializar las metas con el personal asistencial y de facturación. Realizar seguimiento mensual al cumplimiento de metas. Establecer seguimiento al rendimiento y productividad del médico mensualmente realizando las glosas a las que haya lugar.											



EVALUACIÓN PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL:

Elaboración y presentación del informe de anual;

El gerente de La ESE Hospital Nuestra Señora del Pilar presentará 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.

El informe anual de gestión consolidará los logros de los indicadores de gestión y de 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.

La no presentación del proyecto de gestión o del informe de cumplimiento del plan de gestión dentro de los plazos señalados en la Ley 1438 de 2011 y la Resolución 0408 de 2018, conllevará a que la Superintendencia Nacional de Salud, en los plazos y términos establecidos para tal fin, produzca de manera inmediata la evaluación No Satisfactoria, la cual será causal de retiro.

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. Para las sesiones de evaluación de la gestión y resultados del gerente, podrá designarse 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 N° 3 "Instructivo para la calificación" aplicado a los datos diligenciados en el Anexo N° 4 "Matriz de Calificación" y los lineamientos establecidos en la Fase de Evaluación de la Resolución 0408 de 15 de febrero de 2018.

Interpretación 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:

ESCALA DE RESULTADOS

RANGO DE CALIFICACION	CRITERIO	CUMPLIMIENTO PLAN DE GESTION
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 mediante Acuerdo debidamente motivado, el resultado de la sumatoria de las calificaciones ponderadas, determinando si la misma es satisfactoria o insatisfactoria, notificando del mismo al gerente.

Recursos contra la decisión de la Junta Directiva

El Gerente podrá interponer recurso de reposición ante la Junta Directiva dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a su notificación y de apelación ante el Superintendente Nacional de Salud, para resolver dichos recursos se contará con un término de quince (15) días hábiles.

Una vez cumplido el proceso de evaluación y en firme el resultado de la misma y esta fuere 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.

Claudia Bolívar Soto
Gerente.