



**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SAN JOSÉ
BELÉN DE UMBRÍA – RISARALDA
PLAN DE GESTIÓN**

CÓDIGO: DI-DA-003

FECHA: 22/12/2016

VERSIÓN 1

PÁGINA: 1 de 27

**PLAN DE GESTIÓN
Resolución 743 de 2013**

**ESE HOSPITAL SAN JOSÉ - BELÉN DE UMBRÍA
RISARALDA**

**JHON FREDY MONTOYA VELÁSQUEZ
GERENTE**

NOVIEMBRE DE 2016



**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SAN JOSÉ
BELÉN DE UMBRÍA – RISARALDA
PLAN DE GESTIÓN**

CÓDIGO: DI-DA-003

FECHA: 22/12/2016

VERSIÓN 1

PÁGINA: 2 de 27

JUNTA DIRECTIVA

ANÍBAL GUSTAVO HOYOS FRANCO
Alcalde Municipal
Presidente

DIANA CAROLINA OSORNO ESCOBAR
Secretaria de Salud Municipal

MARÍA DERLIS CORREA RUIZ
Auxiliar de Enfermería
Representante Personal Asistencial

LUZ DARY CALVO
Representante de los Usuarios

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	5
JUSTIFICACIÓN	5
ALCANCE	6
OBJETIVOS	6
OBJETIVO GENERAL	6
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	6
CONTENIDO DEL PLAN DE GESTIÓN	7
ELEMENTOS MÍNIMOS DE LA GESTIÓN DE LA ESE	7
ÁREAS DE GESTIÓN DEL PLAN	7
ARTICULACIÓN DE PLANES EN LA ESE	8
DEFINICIÓN DE INDICADORES	9
1. INDICADORES ÁREA DE DIRECCIÓN Y GERENCIA (20%)	9
1.1. PROMEDIO DE LA CALIFICACIÓN DE LA AUTOEVALUACIÓN CUANTITATIVA Y CUANTITATIVA EN DESARROLLO DEL CICLO DE PREPARACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN ART 2 DE LA R.2181/08	9
1.2. EFECTIVIDAD EN EL PAMEC	10
1.3. GESTIÓN DE EJECUCIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL	10
2. DEFINICIÓN DE INDICADORES ÁREA FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA (40%)	12
2.1. RIESGO FISCAL Y FINANCIERO	12
2.2. EVOLUCIÓN DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO UVR PRODUCIDA	12
2.3. PROPORCIÓN DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MÉDICO QUIRÚRGICO REALIZADAS MEDIANTE MECANISMOS DE COMPRAS CONJUNTAS A TRAVÉS DE COOPERATIVAS DE ESES Y/O MECANISMOS ELECTRÓNICOS	13
2.4. MONTO DE LA DEUDA SUPERIOR A 30 DIAS POR CONCEPTO DE SALARIOS DEL PERSONAL DE PLANTA Y POR CONCEPTO DE CONTRATACIÓN DE SS Y VARIACIÓN DEL MONTO FRENTE A VIGENCIA ANTERIOR	14
1. USO DE LOS SERVICIOS PERSONALES, CON FUNDAMENTO EN LAS FRECUENCIAS DE USO VS PRODUCTIVIDAD	14
2. FORTALECER VENTA DE SERVICIOS	14
3. FORTALECIMIENTO DE INGRESOS	14
3.1. UTILIZACION DE INFORMACION DE RIPS	14
3.2. RESULTADO EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO	15
3.3. OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DEL REPORTE DE INFORMACIÓN DE LA CIRCULAR ÚNICA A LA SUPERINTENDENCIA	16
3.4. OPORTUNIDAD EN EL REPORTE DE INFORMACIÓN DEL DECRETO 2193/04	16



**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SAN JOSÉ
BELÉN DE UMBRÍA – RISARALDA
PLAN DE GESTIÓN**

CÓDIGO: DI-DA-003

FECHA: 22/12/2016

VERSIÓN 1

PÁGINA: 4 de 27

4. DEFINICIÓN DE INDICADORES ÁREA DE GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL (40%)	18
4.1. PROPORCIÓN DE GESTANTES CAPTADAS ANTES DE LA SEMANA 12 DE GESTACIÓN (FICHA 21)	18
4.2. INCIDENCIA DE SÍFILIS CONGÉNITA EN PARTOS ATENDIDOS EN LA ESE	19
4.3. EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO ESPECÍFICA. GUÍA DE ATENCIÓN DE ENFERMEDAD HIPERTENSIVA	
20	
4.4. EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO	21
4.5. REINGRESOS SERVICIO DE URGENCIAS	22
4.6. OPORTUNIDAD PROMEDIO EN LA ATENCIÓN DE CONSULTA MÉDICA GENERAL	23

PLAN DE GESTIÓN 2016 - 2020 ESE HOSPITAL SAN JOSÉ BELÉN DE UMBRÍA **24**



**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SAN JOSÉ
BELÉN DE UMBRÍA – RISARALDA
PLAN DE GESTIÓN**

CÓDIGO: DI-DA-003

FECHA: 22/12/2016

VERSIÓN 1

PÁGINA: 5 de 27

INTRODUCCIÓN

El Plan de Gestión al que se refieren las resoluciones 710 de 2012 y la Resolución 743 de 2013, las cuales se constituyen en los documentos que reflejan los compromisos que el Director o Gerente de la Empresa Social del Estado, establece ante la Junta Directiva de la entidad, los cuales deben incluir como mínimo las metas y actividades en las áreas de Dirección y Gerencia (20%), Área Administrativa y Financiera (40%) y Área de Gestión Clínica o Asistencial (40%), que sin ir en contravía de la planeación general de la ESE, se constituye en un documento aparte, cuyo cumplimiento se debe medir a través de los indicadores definidos en los anexos técnicos de las Resoluciones 710 de 2012 y 743 de 2013. Si no existe un plan general de la ESE, el plan de gestión formulado debe constituirse en base para el desarrollo de la entidad.

La Resolución 710 del 20 de marzo de 2012 del Ministerio de Salud y Protección social tiene por objeto adoptar las condiciones y la metodología para la elaboración y presentación de los planes de gestión por parte de los gerentes de las ESEs y su evaluación por parte de la Junta Directiva.

La Resolución 743 de 2013 modifica parcialmente la Resolución 710 de 2012.

El plan de gestión Gerencial contiene los resultados a alcanzar por el período comprendido entre el 01 de enero de 2017 y el 31 de marzo de 2020, determinando las actividades a ser realizadas y las metas que deberán ser evaluadas de manera anual.

JUSTIFICACIÓN

El Plan de Gestión, se constituye en el instrumento idóneo y exigible al Gerente, para su aprobación y evaluación por parte de la respectiva Junta Directiva, el cual deberá reflejar los aspectos estratégicos, tácticos y operativos inherentes a la planificación como función a cargo del gerente.

La presentación del Plan de Gestión 2016 – 2020 a los miembros de la Junta Directiva se constituye en el mecanismo legal que define el Ministerio de Salud y la Protección Social como responsabilidad de los gerentes de los entes territoriales, el cual conforme a lo establecido en la Resolución 710 de 2012, debe ser presentado treinta (30) días hábiles posteriores a la fecha de posesión.



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSÉ BELÉN DE UMBRÍA – RISARALDA PLAN DE GESTIÓN

CÓDIGO: DI-DA-003

FECHA: 22/12/2016

VERSIÓN 1

PÁGINA: 6 de 27

ALCANCE

El Plan de Gestión presentado por el Gerente a la Junta Directiva debe contener los resultados a alcanzar durante el período para el que se ha nombrado, determinando las actividades a ser realizadas y las metas que deberán ser evaluadas de manera periódica.

El plan debe ser coherente con los planes estratégicos, operativos, de desarrollo, de acción, o cualquier otra forma de planeación que exista en la institución.

El Plan de Gestión contendrá en forma ordenada y coherente:

- Las metas de gestión y de resultados, teniendo en cuenta los indicadores y estándares anuales por áreas de gestión, contenidos en el anexo 2 de la Resolución 743 de 2013.
- El diagnóstico inicial o línea base para cada indicador.
- El establecimiento de logros o compromisos de gestión.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Establecer a través de los indicadores y de la información contenida en el diagnóstico inicial los logros a alcanzar por área de gestión, permitiendo evidenciar al final de la vigencia del período de la Gerencia 2016 – 2020, los resultados de la gestión, los cuales deberán ser evaluados por la Junta Directiva.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar las actividades o acciones que se ejecutarán para alcanzar los logros planteados, elaborando una matriz que contenga las siguientes variables: Área de gestión, logros o compromisos planteados para el período de gerencia, actividades generales a desarrollar, responsable del indicador.
2. Presentar a la Junta Directiva el informe anual sobre el cumplimiento del Plan de Gestión de la vigencia anterior con corte a 31 de diciembre, a más tardar el 1º de abril de cada año
3. Realizar el despliegue del mismo a las áreas y unidades de gestión de la entidad, en forma de planes de acción u operativos de trabajo, con la asignación de responsabilidades.
4. Articular el Plan de Gestión Gerencial con los planes de desarrollo Nacional, Departamental y Municipal en lo referente en salud



CONTENIDO DEL PLAN DE GESTIÓN

1. Diagnóstico inicial o línea de base para cada indicador.
2. Las metas de gestión y de resultados: indicadores aplicables a cada entidad (resultado al final del periodo).
3. La meta es el estándar establecido para cada indicador.
4. Establecimiento de Logros o Compromisos de Gestión.
5. Lineamientos generales del plan a ejecutar (con las actividades más importantes).

ELEMENTOS MÍNIMOS DE LA GESTIÓN DE LA ESE

1. Viabilidad financiera.
2. Calidad y eficiencia en la prestación de los servicios.
3. Reporte de información a Supersalud y Ministerio de Salud y Protección Social.
4. Metas y compromisos incluidos en convenios suscritos con la Nación o con la entidad territorial si los hubiere.

ÁREAS DE GESTIÓN DEL PLAN

1. Área de Dirección y Gerencia (20%)
2. Área Administrativa y Financiera (40%)
3. Área de Gestión Clínica o Asistencial (40%)

ARTICULACIÓN DE PLANES EN LA ESE



Es importante establecer la coherencia y articulación que debe existir entre el Plan de Gestión, el Plan de Desarrollo y el Plan Operativo Anual.

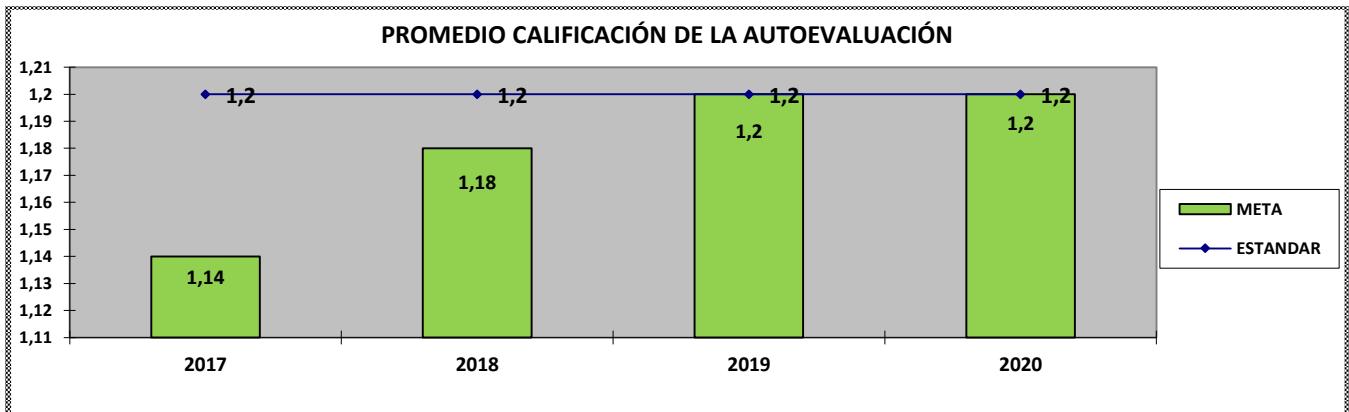
DEFINICIÓN DE INDICADORES

1. INDICADORES ÁREA DE DIRECCIÓN Y GERENCIA (20%)

1.1. PROMEDIO DE LA CALIFICACIÓN DE LA AUTOEVALUACIÓN CUANTITATIVA Y CUANTITATIVA EN DESARROLLO DEL CICLO DE PREPARACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN ART 2 DE LA R.2181/08

La fuente de información para la verificación de los parámetros de este indicador es el documento diligenciado del promedio de las autoevaluaciones de los estándares del sistema único de acreditación.

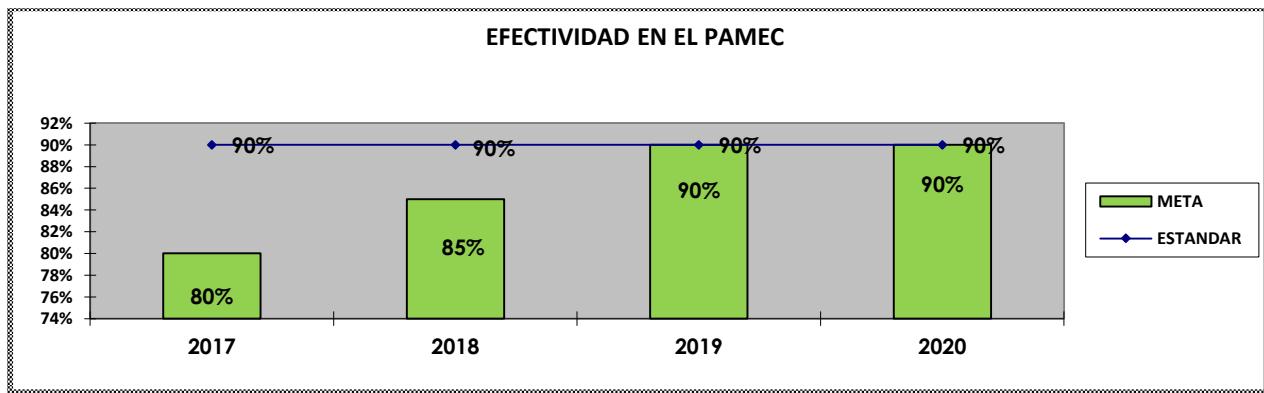
INDICADOR	LINEA BASE (31 DIC 2015)	COMPROMISO	ACTIVIDADES	RESPONSABLE
Promedio de la calificación de la autoevaluación cuantitativa y cuantitativa en desarrollo del ciclo de preparación para la acreditación Art. 2 de la R.2181/08	1.12	Realizar una autoevaluación basado en estándares de acreditación anual, donde se logre evidenciar la mejora continua	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fortalecer Política de Seguridad del Paciente 2. Implementar Trabajo de Salud Humanizado 3. Fortalecer Infraestructura 4. Capacitación de Recurso Humano 	Coordinador de Calidad



1.2. EFFECTIVIDAD EN EL PAMEC

La fuente de información para la verificación de los parámetros de este indicador es el documento del cumplimiento promedio de los planes de mejoramiento continuo implementados con enfoque en acreditación.

INDICADOR	LINEA BASE (31 DIC 2015)	COMPROMISO	ACTIVIDADES	RESPONSABLE
Efectividad en el PAMEC	74%	Ejecutar acciones derivadas de las auditorías realizadas	<ol style="list-style-type: none"> Realizar un ciclo de auditoría interna anual, Ejecutar planes de mejora, Seguimiento a planes de mejora Establecer Calidad Observada y Calidad Esperada 	Coordinador de Calidad Control Interno

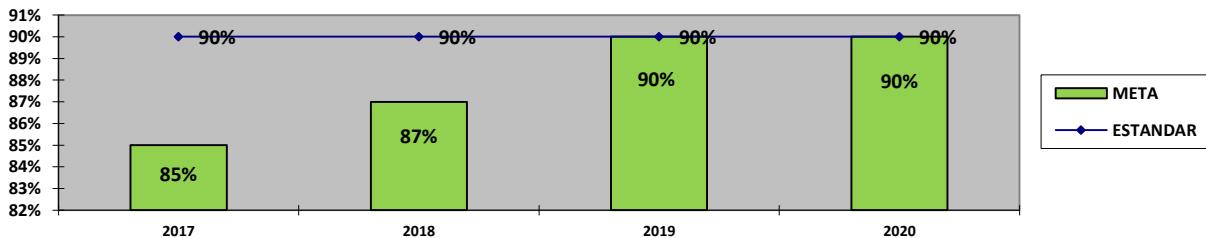


1.3. GESTIÓN DE EJECUCIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL

La fuente de información para la verificación de los parámetros de este indicador es el informe del responsable de planeación de la ESE y el informe de control interno de la entidad, que debe contener el número de metas del plan operativo cumplidas frente al número de programadas.

INDICADOR	LINEA BASE (31 DIC 2015)	COMPROMISO	ACTIVIDADES	RESPONSABLE
Gestión de ejecución del plan de desarrollo institucional	81%	Plan de desarrollo, diseñado y ejecutado por planes operativos anuales	<ol style="list-style-type: none"> 1. Auto -diagnóstico, 2. Diseño de planes operativos anuales por procesos, 3. Socialización 4. Ejecución de las actividades. 5. Seguimiento trimestral 	COORDINADOR DE CALIDAD

3. GESTIÓN DE EJECUCIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL

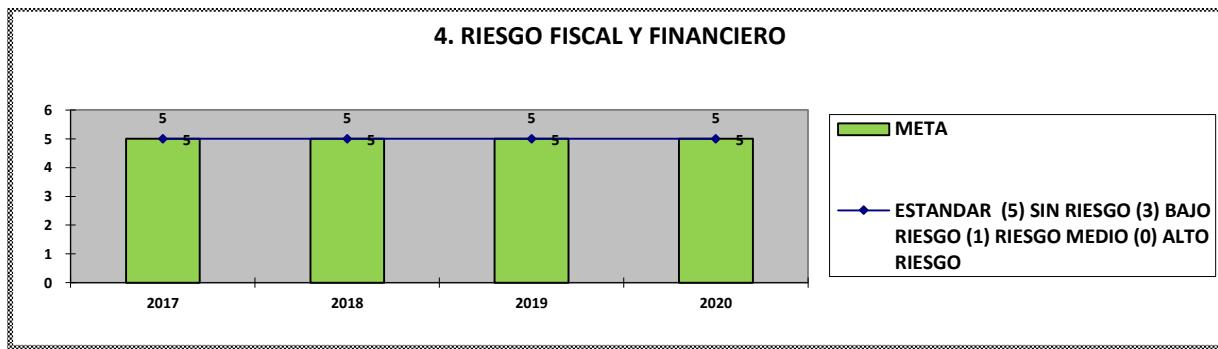


2. DEFINICIÓN DE INDICADORES ÁREA FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA (40%)

2.1. RIESGO FISCAL Y FINANCIERO

La fuente de información para la verificación de los parámetros de este indicador es la certificación dada por el ministerio de la salud y protección social.

INDICADOR	LINEA BASE (31 DIC 2015)	COMPROBAMIENTO	ACTIVIDADES	RESPONSABLE
Riesgo Fiscal y Financiero	Resolución 1893 de 2015 Entidad Categorizada Sin Riesgo	Mantener la ese categorizada en sin riesgo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Racionalización del Gasto 2. Fortalecimiento de Ingresos 3. Mejoramiento de indicadores de salud de la población 	<p>Gerente</p> <p>Subdirector Administrativo</p> <p>Contador</p> <p>Líderes de Proceso y Recurso Humano de la ESE</p>

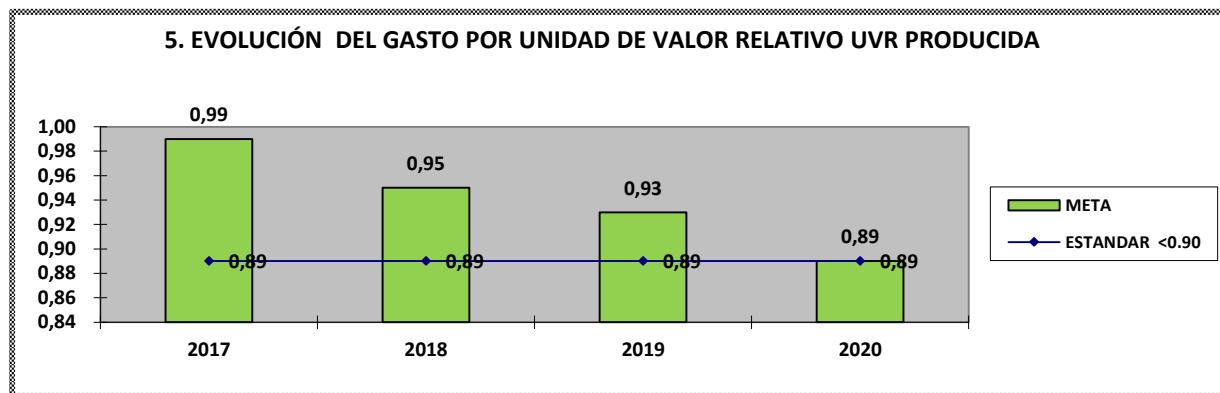


2.2. EVOLUCIÓN DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO UVR PRODUCIDA

La fuente de información para la verificación de los parámetros de este indicador es la ejecución presupuestal reportada al sistema de información SIHO en cumplimiento del decreto 2193 de 2004.

INDICADOR	LINEA BASE (31 DIC 2015)	COMPROBAMIENTO	ACTIVIDADES	RESPONSABLE

Evolución del gasto por unidad de valor relativo UVR producida	1.09	Mantener el indicador menor a 1	<ol style="list-style-type: none"> 1. Disminuir los costos de producción y racionalizar gastos. 2. Realizar seguimiento a la UVR 3. Ejecución de gastos basado en recaudo. 	<p>Gerente Subdirector Administrativo Contador</p>
--	------	---------------------------------	---	--



2.3. PROPORCIÓN DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MÉDICO QUIRÚRGICO REALIZADAS MEDIANTE MECANISMOS DE COMPRAS CONJUNTAS A TRAVÉS DE COOPERATIVAS DE ESEs Y/O MECANISMOS ELECTRÓNICOS

La fuente de información para la verificación de los parámetros de este indicador es el informe del responsable del área de compras firmado por contador y responsable de control interno.

INDICADOR	LINEA BASE (31 DIC 2015)	COMPROMISO	ACTIVIDADES	RESPONSABLE
Proporción de medicamentos y material médico realizadas mediante mecanismos de compras conjuntas a través de cooperativas de eses y/o mecanismos electrónicos	98%	Realizar el 70% de las compras de medicamentos y material médico quirúrgico a través de cooperativas	Celebración de contrato con cooperativas que puedan brindar este servicio	<p>Gerente Subdirector Administrativo</p>

**6. PROPORCIÓN DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MÉDICO QUIRÚRGICO REALIZADAS
MEDIANTE MECANISMOS DE COMPRAS CONJUNTAS A TRAVÉS DE COOPERATIVAS DE
ESEs Y/O MECANISMOS ELECTRÓNICOS**



2.4. MONTO DE LA DEUDA SUPERIOR A 30 DIAS POR CONCEPTO DE SALARIOS DEL PERSONAL DE PLANTA Y POR CONCEPTO DE CONTRATACIÓN DE SS Y VARIACIÓN DEL MONTO FRENTE A VIGENCIA ANTERIOR

La fuente de información para la verificación de los parámetros de este indicador es la certificación del contador de la ESE.

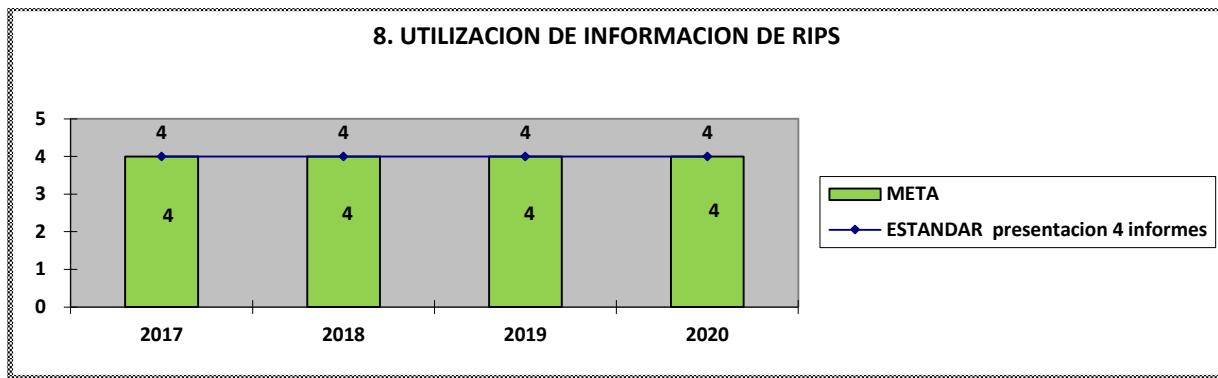
INDICADOR	LINEA BASE (31 DIC 2015)	COMPROMISO	ACTIVIDADES	RESPONSABLE
Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de ss y variación del monto frente a vigencia anterior	0	Cero (0) O variación negativa	1. Uso de los servicios personales, con fundamento en las frecuencias de uso vs productividad 2. Fortalecer venta de servicios 3. Fortalecimiento de Ingresos	Gerente Subdirector Administrativo Contador

	2017	2018	2019	2020
ESTÁNDAR	(0) o variación negativa			
META	Variación negativa	Variación negativa	Variación negativa	Variación negativa

3.1. UTILIZACION DE INFORMACION DE RIPS

La fuente de información para la verificación de los parámetros de este indicador son los informes del responsable de la planeación y actas de la junta directiva.

INDICADOR	LINEA BASE (31 DIC 2015)	COMPROMISO	ACTIVIDADES	RESPONSABLE
Utilización de información de RIPS	4	Realizar cuatro informes anuales a la junta directiva basado en la información contenida en los RIPS	Realizar análisis de la información contenida en los RIPS, generar informes y socializar con la junta directiva de la ESE	Gerente Subdirector Administrativo Coordinador de Calidad Líderes de Procesos

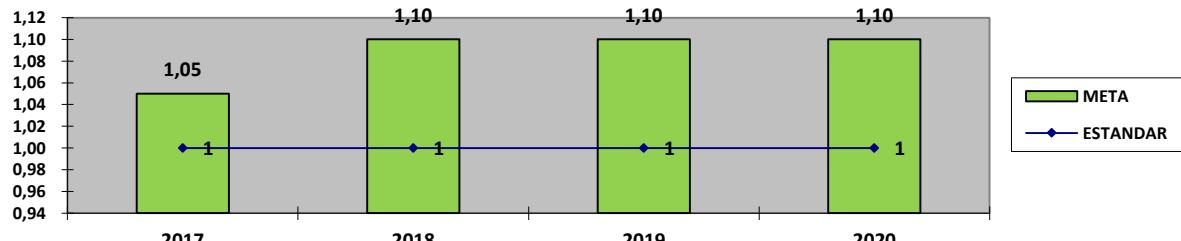


3.2. RESULTADO EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO

La fuente de información para la verificación de los parámetros de este indicador es la ejecución presupuestal reportada al sistema de información SIHO en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004.

INDICADOR	LINEA BASE (31 DIC 2015)	COMPROMISO	ACTIVIDADES	RESPONSABLE
Resultado equilibrio presupuestal con recaudo	1.027	Mayor o igual a 1	1. Diagnóstico inicial de procesos de la ESE. 2. Prestación de servicios basado en presupuesto 3. Fortalecer ingresos	Gerente Subdirector Administrativo Contador

9. RESULTADO EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO



3.3. OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DEL REPORTE DE INFORMACIÓN DE LA CIRCULAR ÚNICA A LA SUPERINTENDENCIA

La fuente de información para la verificación de los parámetros de este indicador es la Superintendencia Nacional de Salud.

INDICADOR	LINEA BASE (31 DIC 2015)	COMPROMISO	ACTIVIDADES	RESPONSABLE
Oportunidad en la entrega del reporte de información de la Circular Única a la Superintendencia	Oportuno	Generar un informe veraz y oportuno	Ingresar y consolidar información que permita generar y analizar informe a la Superintendencia	Líder Proceso Sistemas de Información Coordinador de Calidad Control Interno

	2017	2018	2019	2020
ESTÁNDAR	Entrega oportuna	Entrega oportuna	Entrega oportuna	Entrega oportuna
META	Entrega oportuna	Entrega oportuna	Entrega oportuna	Entrega oportuna

3.4. OPORTUNIDAD EN EL REPORTE DE INFORMACIÓN DEL DECRETO 2193/04

La fuente de información para la verificación de los parámetros de este indicador es el Ministerio de Salud y Protección Social.

INDICADOR	LINEA BASE (31 DIC 2015)	COMPROMISO	ACTIVIDADES	RESPONSABLE
-----------	-----------------------------	------------	-------------	-------------



**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SAN JOSÉ
BELÉN DE UMBRÍA – RISARALDA
PLAN DE GESTIÓN**

CÓDIGO: DI-DA-003

FECHA: 22/12/2016

VERSIÓN 1

PÁGINA: 17 de 27

Oportunidad en el reporte de información del decreto 2193/04	Oportuno	Generar un informe veraz y oportuno	Generar, consolidar y analizar datos que permitan generar y reportar el análisis del 2193 oportunamente.	Gerente Subdirector Administrativo Coordinador de Calidad Control Interno
--	----------	-------------------------------------	--	--

	2017	2018	2019	2020
ESTÁNDAR	Entrega oportuna	Entrega oportuna	Entrega oportuna	Entrega oportuna
META	Entrega oportuna	Entrega oportuna	Entrega oportuna	Entrega oportuna

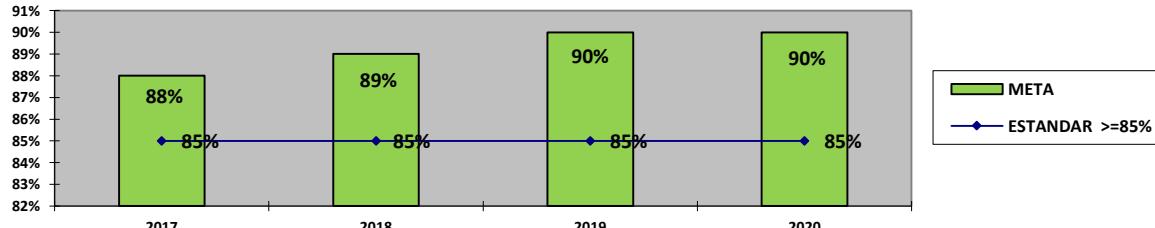
4. DEFINICIÓN DE INDICADORES ÁREA DE GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL (40%)

4.1. PROPORCIÓN DE GESTANTES CAPTADAS ANTES DE LA SEMANA 12 DE GESTACIÓN (FICHA 21)

La fuente de información para la verificación de los parámetros de este indicador es el informe de comité de historias clínicas y del Coordinador de PyP de la ESE.

INDICADOR	LINEA BASE (31 DIC 2015)	COMPROMISO	ACTIVIDADES	RESPONSABLE
Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación	88%	Mantener las gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación en una proporción igual o mayor al 0.85	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mantener las actividades de demanda inducida. 2. Reporte inmediato de laboratorio clínico a Coordinación de PYP de pruebas positivas. 3. Curso psicoprofiláctico. 4. Educación a los diferentes grupos de la comunidad. 5. Análisis de informes del programa para toma de acciones. 	Coordinador PYP

PROPORCIÓN DE GESTANTES CAPTADAS ANTES DE LA SEMANA 12 DE GESTACIÓN

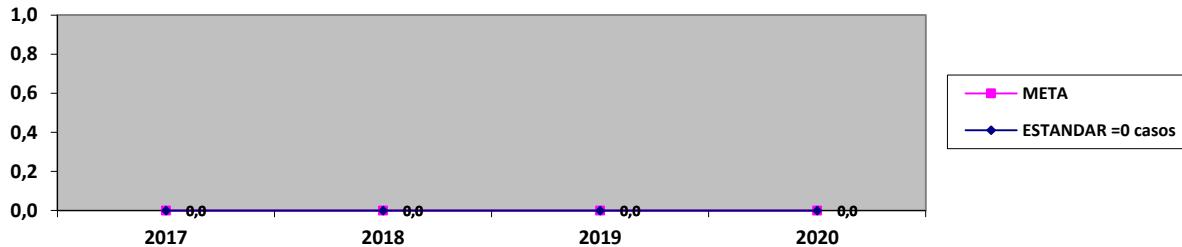


4.2. INCIDENCIA DE SÍFILIS CONGÉNITA EN PARTOS ATENDIDOS EN LA ESE

La fuente de información para la verificación de los parámetros de este indicador es el concepto del COVE territorial y todo a aquello que permita verificar cumplimiento por parte de la ESE.

INDICADOR	LINEA BASE (31 DIC 2015)	COMPROMISO	ACTIVIDADES	RESPONSABLE
Incidencia de sífilis congénita en partos atendidos en la ESE	0	Mantener en cero casos la sífilis congénita	<ol style="list-style-type: none"> 1. Captación en el primer trimestre de gestación. 2. Mantener y fortalecer la estrategia educativa en las gestantes. 3. Detectar y realizar seguimiento oportuno a los casos de sífilis congénita 	Coordinador PYP

13. INCIDENCIA DE SÍFILIS CONGÉNITA EN PARTOS ATENDIDOS EN LA ESE

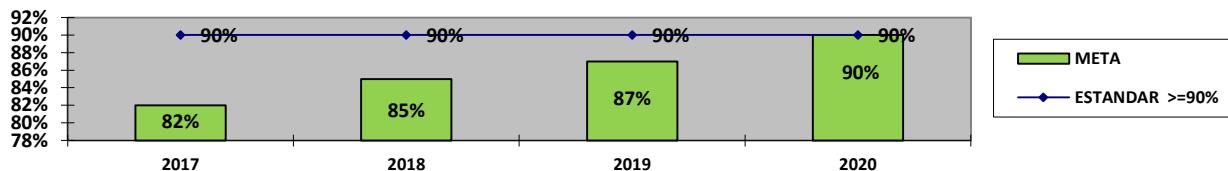


4.3. EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO ESPECÍFICA. GUÍA DE ATENCIÓN DE ENFERMEDAD HIPERTENSIVA

La fuente de información para la verificación de los parámetros de este indicador es el informe de Comité de Historias Clínicas y del programa de la ESE.

INDICADOR	LINEA BASE (31 DIC 2015)	COMPROMISO	ACTIVIDADES	RESPONSABLE
Evaluación de aplicación de guía de manejo específica. Guía de atención de enfermedad hipertensiva	79%	Mantener y fortalecer la aplicación de la guía de atención hipertensiva	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hacer revisión y resocialización de la guía. 2. Realizar seguimiento a la aplicación de la misma. 3. Realizar auditoria de historia clínica y análisis de los resultados. 	Coordinador PYP Coordinador Calidad Comité de Historias Clínicas

**14. EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO ESPECÍFICA.
GUÍA DE ATENCIÓN DE ENFERMEDAD HIPERTENSIVA**

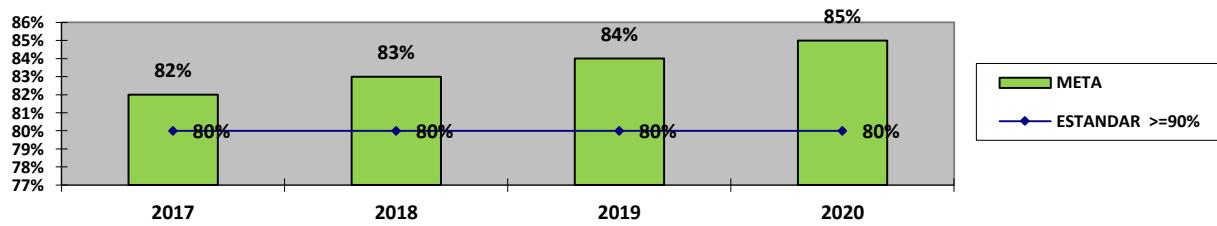


4.4. EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

La fuente de información para la verificación de los parámetros de este indicador es el informe de Comité de Historias Clínicas y del programa de la ESE.

INDICADOR	LINEA BASE (31 DIC 2015)	COMPROMISO	ACTIVIDADES	RESPONSABLE
Evaluación de aplicación de guía de manejo de crecimiento y desarrollo	82%	Mantener y fortalecer la aplicación de la guía de manejo de Crecimiento y Desarrollo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hacer revisión y resocialización de la guía. 2. realizar seguimiento a la aplicación de la misma. 3. realizar auditoria de historia clínica análisis de los resultados. 	Coordinador PYP Coordinador Calidad Comité de Historias Clínicas

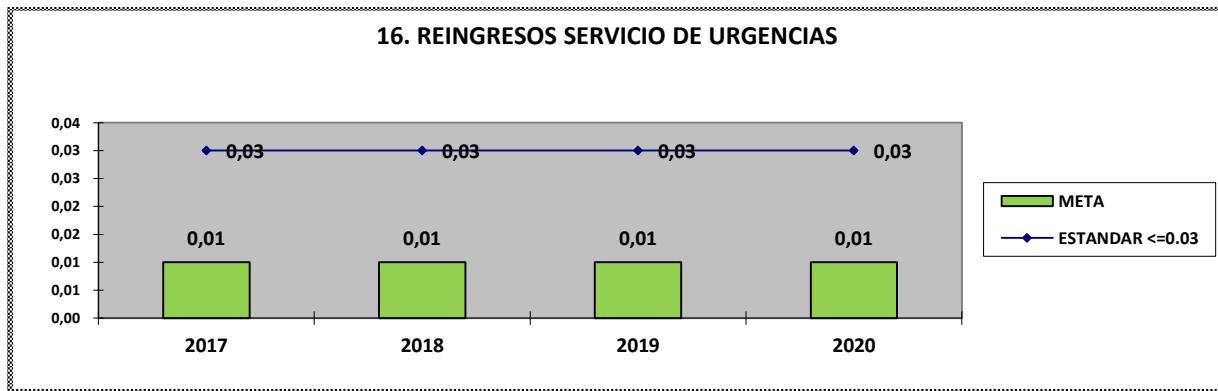
15. EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO



4.5. REINGRESOS SERVICIO DE URGENCIAS

La fuente de información para la verificación de los parámetros de este indicador es el Comité de Calidad y el sistema de información de la ESE.

INDICADOR	LINEA BASE (31 DIC 2015)	COMPROMISO	ACTIVIDADES	RESPONSABLE
Reingresos servicio de urgencias	0.0002	Mantener el indicador de reingresos por urgencia debajo de 0.03	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar auditoria de pertinencia (adherencia a guías) 2. Empoderar al Líder de Proceso de Urgencias frente al manejo y seguimiento de indicadores. 3. Realizar cronograma de capacitación continua a personal médico. 4. Realizar análisis oportuno de la información del proceso de urgencias. 	<p>Coordinador Calidad</p> <p>Líder Proceso de Urgencias</p>

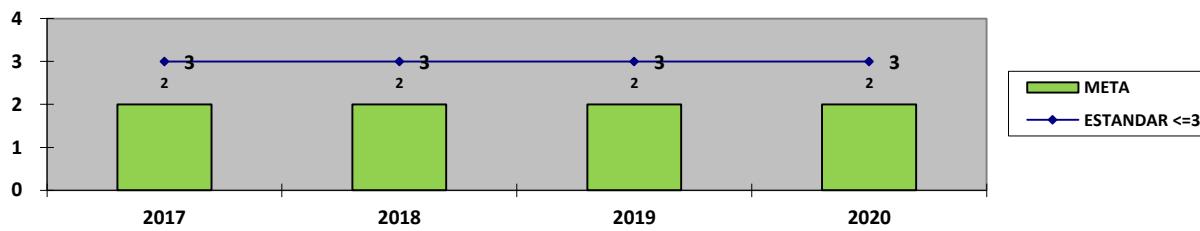


4.6. OPORTUNIDAD PROMEDIO EN LA ATENCIÓN DE CONSULTA MÉDICA GENERAL

La fuente de información para la verificación de los parámetros de este indicador es el reporte de la Resolución 1446.

INDICADOR	LINEA BASE (31 DIC 2015)	COMPROMISO	ACTIVIDADES	RESPONSABLE
Oportunidad promedio en la atención de consulta médica general	1.87	Mantener la oportunidad en consulta médica, mejorando el procedimiento de asignación de turnos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reestructurar procedimiento de asignación de turnos (tener en cuenta frecuencia de uso, población objeto por EPS) 2. Establecer mecanismos de permitan asignación vía telefónica y virtual. 3. Fortalecer asignación de turnos a través de los líderes de las diferentes veredas 4. Mantener la oferta médica necesaria 	<p>Gerente</p> <p>Coordinador de Calidad</p> <p>Líder Proceso Consulta Externa</p>

17. OPORTUNIDAD PROMEDIO EN LA ATENCIÓN DE CONSULTA MÉDICA GENERAL





**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SAN JOSÉ
BELÉN DE UMBRÍA – RISARALDA
PLAN DE GESTIÓN**

CÓDIGO: DI-DA-003

FECHA: 22/12/2016

VERSIÓN 1

PÁGINA: 24 de 27

**PLAN DE GESTIÓN 2016 - 2020 ESE HOSPITAL SAN JOSÉ
BELÉN DE UMBRÍA**

ÁREA	#	INDICADOR	FÓRMULA A APLICAR PARA LÍNEA BASE	LÍNEA BASE (31 diciembre 2015)	META AÑO 1 (2017)	META AÑO 2 (2018)	META AÑO 3 (2019)	META AÑO 4 (2020)	RESPONSABLE
DIRECCIÓN Y GERENCIA 20%	1	PROMEDIO DE LA CALIFICACIÓN DE LA AUTOEVALUACIÓN CUANTITATIVA Y CUANTITATIVA EN DESARROLLO DEL CICLO DE PREPARACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN ART 2 DE LA R.2181/08	PROMEDIO DE LA CALIFICACIÓN DE LA AUTOEVALUACIÓN EN LA VIGENCIA / PROMEDIO DE LA CALIFICACIÓN DE LA AUTOEVALUACIÓN DE LA VIGENCIA ANTERIOR	1.12	1.14	1.18	1.2	1.2	COORDINADOR DE CALIDAD
	2	EFFECTIVIDAD EN EL PAMEC	NÚMERO DE ACCIONES DE MEJORA EJECUTADAS DERIVADAS DE LAS AUDITORÍAS REALIZADAS / TOTAL DE ACCIONES DE MEJORA PROGRAMADAS PARA LA VIGENCIA	74%	80%	85%	90%	90%	COORDINADOR DE CALIDAD CONTROL INTERNO
	3	GESTIÓN DE EJECUCIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL	# DE METAS DEL POA CUMPLIDAS / # DE METAS DEL POA PROGRAMADAS	81%	85%	87%	90%	90%	COORDINADOR DE CALIDAD
FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA 40%	4	RIESGO FISCAL Y FINANCIERO	ADOPCIÓN DEL PROGRAMA DE SANEAMIENTO FISCAL Y FINANCIERO	SIN RIESGO FISCAL Y FINANCIERO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	GERENTE SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO CONTADOR LÍDERES DE PROCESO Y RECURSO HUMANO
	5	EVOLUCIÓN DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO UVR PRODUCIDA	(GASTO COMPROMETIDO EN EL AÑO OBJETO DE LA EVALUACIÓN, SIN INCLUIR CXP / # UVR PRODUCIDAS EN LA VIGENCIA) / (GASTO COMPROMETIDO EN LA VIGENCIA ANTERIOR, EN VALORES CONSTANTES DEL AÑO OBJETO DE LA EVALUACIÓN, SIN CXP / # UVR PRODUCIDAS VIGENCIA ANTERIOR)	1.09	0.99	0.95	0.93	0.89	GERENTE SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO CONTADOR

**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SAN JOSÉ
BELÉN DE UMBRÍA – RISARALDA
PLAN DE GESTIÓN**

CÓDIGO: DI-DA-003

FECHA: 22/12/2016

VERSIÓN 1

PÁGINA: 25 de 27

ÁREA	#	INDICADOR	FÓRMULA A APLICAR PARA LÍNEA BASE	LÍNEA BASE (31 diciembre 2015)	META AÑO 1 (2017)	META AÑO 2 (2018)	META AÑO 3 (2019)	META AÑO 4 (2020)	RESPONSABLE
	6	PROPORCIÓN DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MÉDICO Q REALIZADAS MEDIANTE MECANISMOS DE COMPRAS CONJUNTAS A TRAVÉS DE COOPERATIVAS DE ESEs Y/O MECANISMOS ELECTRÓNICOS	VALOR TOTAL DE ADQUISICIONES DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MÉDICO Q REALIZADAS MEDIANTE MECANISMOS DE COMPRAS CONJUNTAS A TRAVÉS DE COOPERATIVAS DE ESEs Y/O MECANISMOS ELECTRÓNICOS /VALOR TOTAL DE ADQUISIDORES DE LA ESE POR MEDICAMENTOS Y MATERIAL MÉDICO Q	98%	70%	70%	70%	70%	GERENTE SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO
	7	MONTO DE LA DEUDA SUPERIOR A 30 DÍAS POR CONCEPTO DE SALARIOS DEL PERSONAL DE PLANTA Y POR CONCEPTO DE CONTRATACIÓN DE SS Y VARIACIÓN DEL MONTO FRENTE A VIGENCIA ANTERIOR	A. VALOR DE LA DEUDA SUPERIOR A 30 DÍAS POR CONCEPTO DE SALARIOS DEL PERSONAL DE PLANTA O EXTERNALIZACIÓN DE SS Y B. POR CONCEPTO DE CONTRATACIÓN DE SS, CON CORTE A 31 DE DICIEMBRE / VIGENCIA ANTERIOR	0	VARIACIÓN NEGATIVA	VARIACIÓN NEGATIVA	VARIACIÓN NEGATIVA	VARIACIÓN NEGATIVA	GERENTE SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO CONTADOR
FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA 40%	8	UTILIZACIÓN DE INFORMACIÓN DE RIPS	# DE INFORMES DEL ANÁLISIS DE LA PRESTACIÓN DE SS DE LA ESE A LA JD CON BASE EN LOS RIPS DE LA VIGENCIA (IPS DE PRIMER NIVEL DEBE CONTENER LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN CAPITADA, TENIENDO EN CUENTA COMO MÍNIMO EL PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y LAS FRECUENCIAS DE USO DE LOS SS	4	4.00	4.00	4.00	4.00	GERENTE SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO COORDINADOR DE CALIDAD LÍDERES DE PROCESO
	9	RESULTADO EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO	VALOR DE LA EJECUCIÓN DE INGRESOS TOTALES RECAUDADOS EN LA VIGENCIA (INCLUYE RECAUDO DE CXC ANTERIORES / VALOR DE LA EJECUCIÓN DE GASTOS COMPROMETIDOS INCLUYENDO CXP DE VIGENCIA ANTERIORES	1.027	1.05	1.10	1.10	1.10	GERENTE SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO CONTADOR

**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SAN JOSÉ
BELÉN DE UMBRÍA – RISARALDA
PLAN DE GESTIÓN**

CÓDIGO: DI-DA-003

FECHA: 22/12/2016

VERSIÓN 1

PÁGINA: 26 de 27

ÁREA	#	INDICADOR	FÓRMULA A APLICAR PARA LÍNEA BASE	LÍNEA BASE (31 diciembre 2015)	META AÑO 1 (2017)	META AÑO 2 (2018)	META AÑO 3 (2019)	META AÑO 4 (2020)	RESPONSABLE
FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA	10	OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DEL REPORTE DE INFORMACIÓN DE LA CIRCULAR ÚNICA A LA SUPERINTENDENCIA	CUMPLIMIENTO OPORTUNO DE LOS INFORMES EN LOS TÉRMINOS DE LA NORMATIVIDAD VIGENTE	OPORTUNO	ENTREGA OPORTUNA	ENTREGA OPORTUNA	ENTREGA OPORTUNA	ENTREGA OPORTUNA	LÍDER DE PROCESO SISTEMAS DE INFORMACIÓN COORDINADOR DE CALIDAD CONTROL INTERNO
	11	OPORTUNIDAD EN EL REPORTE DE INFORMACION DEL DECRETO 2193/04	CUMPLIMIENTO OPORTUNO DE LOS INFORMES EN LOS TÉRMINOS DE LA NORMATIVIDAD VIGENTE	OPORTUNO	ENTREGA OPORTUNA	ENTREGA OPORTUNA	ENTREGA OPORTUNA	ENTREGA OPORTUNA	GERENTE SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO COORDINADOR DE CALIDAD CONTROL INTERNO
CLÍNICA O ASISTENCIAL 40%	21	PROPORCIÓN DE GESTANTES CAPTADAS ANTES DE LA SEMANA 12 DE GESTACIÓN	# DE MUJERES GESTANTES A QUIENES SE LES REALIZO POR LO MENOS UNA VALORACIÓN MEDICA Y SE INSCRIBIERON EN EL PROGRAMA DE CONTROL PRENATAL DE LA ESE, A MAS TARDAR A LA SEMANA 12 DE GESTACIÓN / TOTAL DE MUJERES GESTANTES IDENTIFICADAS	88%	88%	89%	90%	90%	COORDINADOR PYP
CLÍNICA O ASISTENCIAL 40%	22	INCIDENCIA DE SÍFILIS CONGÉNITA EN PARTOS ATENDIDOS EN LA ESE	# DE RECIÉN NACIDOS CON DX DE SÍFILIS CONGÉNITA EN POBLACIÓN ATENDIDA POR EL ESE EN LA VIGENCIA	0	0 CASOS	0 CASOS	0 CASOS	0 CASOS	COORDINADOR PYP
CLÍNICA O ASISTENCIAL 40%	23	EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO ESPECÍFICA. GUÍA DE ATENCIÓN DE ENFERMEDAD HIPERTENSIVA	# DE HC CON APLICACIÓN ESTRICTA DE LA GUÍA DE ATENCIÓN DE ENFERMEDAD HIPERTENSIVA ADOPTADA POR LA ESE / TOTAL DE PACIENTES CON DX DE HTA ATENDIDOS EN LA ESE EN LA VIGENCIA	79%	82%	85%	87%	90%	COORDINADOR PYP COORDINADOR CALIDAD COMITÉ HISTORIAS CLÍNICAS

**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SAN JOSÉ
BELÉN DE UMBRÍA – RISARALDA
PLAN DE GESTIÓN**

CÓDIGO: DI-DA-003

FECHA: 22/12/2016

VERSIÓN 1

PÁGINA: 27 de 27

ÁREA	#	INDICADOR	FÓRMULA A APLICAR PARA LÍNEA BASE	LÍNEA BASE (31 diciembre 2015)	META AÑO 1 (2017)	META AÑO 2 (2018)	META AÑO 3 (2019)	META AÑO 4 (2020)	RESPONSABLE
CLÍNICA O ASISTENCIAL 40%	24	EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO	# DE HC DE NIÑOS MENORES DE 10 AÑOS A QUIENES SE LES APLICÓ ESTRICAMENTE LA GUÍA TÉCNICA PARA LA DETECCIÓN TEMPRANA DE ALTERACIÓN DE CYD / # TOTAL DE NIÑOS MENORES DE 10 AÑOS A QUIENES SE ATENDIÓ EN CONSULTA DE CYD EN LA ESE EN LA VIGENCIA	82%	82%	83%	84%	85%	COORDINADOR PYP COORDINADOR CALIDAD COMITÉ HISTORIAS CLÍNICAS
	25	REINGRESOS SERVICIO DE URGENCIAS	# DE CONSULTAS AL SERVICIO DE URGENCIAS, POR LA MISMA CAUSA Y AL MISMO PACIENTE, MAYOR DE 24 Y MENOR DE 72 HORAS / TOTAL DE CONSULTAS DEL SERVICIO DE URGENCIAS DURANTE EL PERÍODO	0.0002	0.01	0.01	0.01	0.01	COORDINADOR CALIDAD LÍDER PROCESO DE URGENCIAS
CLÍNICA O ASISTENCIAL 40%	26	OPORTUNIDAD PROMEDIO EN LA ATENCIÓN DE CONSULTA MEDICA GENERAL	SUMATORIA DEL TOTAL DE DIAS CALENDARIO TRANSCURRIDOS ENTRE LA FECHA EN LA CUAL EL PACIENTE SOLICITA CITA, POR CUALQUIER MEDIO, PARA SER ATENDIDO EN LA CONSULTA MÉDICA GENERAL Y LA FECHA PARA LA CUAL ES ASIGNADA LA CITA / # TOTAL DE CONSULTAS MÉDICAS GENERALES ATENDIDAS EN LA ESE	1.87	2.00	2.00	2.00	2.00	GERENTE COORDINADOR DE CALIDAD LÍDER PROCESO CONSULTA EXTERNA

JHON FREDY MONTOYA VELÁSQUEZ
Gerente ESE Hospital San José
Belén de Umbría – Risaralda