



**HOSPITAL
DEL SARARE**
Empresa Social del Estado

PLAN DE GESTIÓN 2017 - 2019



*evolucionamos pensando
en usted*

PLAN DE GESTION 2017-2019

INTRODUCCION

El presente Plan de Gestión, tiene el propósito fundamental de presentar a la Junta Directiva del Hospital del Sarare, las metas a cumplir en cuanto a Dirección y Gerencia, la Gestión Administrativa y Financiera y la Gestión Clínica y Asistencial para el periodo 2017-2019, con el fin de dar cumplimiento a lo establecido en la Resolución 710 de 2012 y Resolución 743 de 2013 emanada por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Teniendo en cuenta los lineamientos definidos en la Resolución No. 743 de 2013 y Resolución 710 de 2012, expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, se adoptaron las condiciones y metodología para la elaboración y presentación del Plan de Gestión, el cual se constituye en el documento que refleja los compromisos del Gerente de la E.S.E. Hospital del Sarare ante la Junta Directiva, que se encuentran plasmados en cada una de las áreas de gestión junto con los estándares de cada indicador. Para su elaboración se contó con la participación de grupo directivos y los líderes de proceso intervinientes para cada uno de los 20 indicadores propuestos.

1. OBJETIVO GENERAL

Presentar el Plan de Gestión del Hospital del Sarare ESE, para el periodo comprendido entre 2017 y 2019, dentro de la condiciones reglamentadas por el Ministerio de Salud y Protección Social en la Resolución 743 de 2013.

2. MARCO LEGAL APLICABLE

- ✓ Ley 1122 de 2007. Por ¿?????
- ✓ Decreto 1876 de 1994 que reglamenta las empresas sociales del estado.
- ✓ Ley 1438 de 2011, artículos 72, 73 y 74 Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social.
- ✓ Resolución 0710 de Marzo 30 de 2012 y sus anexos técnicos. Por medio de la cual se adoptan las condiciones y metodología para la elaboración y presentación del Plan de gestión por parte de los Gerentes o Directores de las empresas sociales del estado del orden territorial y su evaluación por parte de la junta directiva.
- ✓ Resolución 0743 de Marzo 15 de 2013 y sus anexos técnicos. Por medio del cual se modifica la Resolución 0710 de Marzo 30 de 2012
- ✓ Resolución 123 de 2012 Sistema único de acreditación.

3. FASES DEL PLAN DE GESTION

3.1 FASE DE PREPARACION

- 1) Identificación de las fuentes de información para establecer la línea base: Acuerdo de Junta 004 de 2016 Por medio del cual se realiza la evaluación del Plan de Gestión de la vigencia 2015.
- 2) Revisión de documentación fuente de información y soportes de cada uno de los indicadores evaluados, certificación de los mismos.

- 3) Realización de diagnóstico: se revisa el estado de cada indicador cualitativa y cuantitativamente en base a las evaluaciones realizadas en las vigencias 2014 y 2015, realizando el levantamiento de línea de base para cada uno de los indicadores de gerencia, financiero y clínico-asistencial.
- 4) Realización del análisis del comportamiento de cada indicador en el tiempo y observaciones.

3.2 FASE DE FORMULACION

- 1) Reunión con el equipo Directivo de sensibilización sobre la importancia de un Plan de Gestión y sobre el marco normativo que le rige, se realizó análisis de la línea base y factores que pueden afectar el resultado de los indicadores tanto en el área misional con en el área administrativa.
- 2) Diligenciamiento de cuadro que contenga las variables: **área de gestión, indicador, línea base y observaciones** Consolidación de matriz con las actividades planteadas y compromisos para el periodo 2017-2019. Definición de las metas anuales para cada indicador según la normatividad vigente.

3.3 FASE DE APROBACION

- 1) Gerente presenta proyecto Plan de Gestión a la Junta directiva dentro de los 30 días hábiles siguientes a su posesión.

- 2) La junta Directiva analiza el Plan de gestión Presentado y realiza las observaciones pertinentes dentro de los 15 días siguientes a su presentación.
- 3) Aprobación del Plan de Gestión mediante acuerdo de Junta Directiva.

3.4 FASE DE EJECUCION

- 1) Despliegue del Plan a las áreas o unidades de gestión y se articulara con el Plan Desarrollo Institucional, su despliegue y ejecución se realizará a través de los planes operativos anuales POA
- 2) Seguimiento a la ejecución de las actividades y resultados de los indicadores de forma trimestral.
- 3) Presentación a la Junta Directiva del informe.

3.5 FASE DE EVALUACION

- 1) Gerente presenta a la Junta Directiva el Informe anual de cumplimiento del plan de gestión de la vigencia, a más tardar el 1º de abril de cada año con corte a 31 de diciembre del año inmediatamente anterior.
- 2) El informe deberá contener los logros de los indicadores de gestión y de resultados de la empresa y un análisis comparativo con 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 estas, en la gestión de la entidad.



- 3) Calificación por parte de la Junta directiva de acuerdo a lo establecido en el anexo 4 Res 743 de 2013

4. DIAGNOSTICO INICIAL LINEA BASE

Área de Gestión	No.	Indicador	Formula del Indicador	Estándar para cada año	Línea Base a Diciem. 31 de 2015	Observaciones
	1	Mejoramiento continuo de calidad para entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	Promedio de la calificación de autoevaluación en la vigencia evaluada / promedio de la calificación de autoevaluación de la vigencia anterior	*≥1,20 *Acreditación en la vigencia evaluada *Postulación para la acreditación formalizada con contrato	1,19	Para la vigencia 2014, 2015 se realizó la autoevaluación de estándares de acreditación con sus respectivos planes de mejoramiento bajo la Resolución 123 de 2012, dando en los tres periodos calificación baja; la cual permitió avances importantes en temas de seguridad del paciente, Tecnovigilancia.
	2	Efectividad en la Auditoria para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud	Número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas / Total de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoria registrados en el PAMEC	≥0.90	68,67%	El resultado de este indicador es producto de del PAMEC 2013-2016 derivado de la autoevaluación para la acreditación realizada en el año 2013. De acuerdo a la priorización y cumplimiento del ciclo de mejoramiento continuo. Evaluándose el cumplimiento año a año.

3	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	Numero de metas del Plan Operativo anual cumplidas / Numero de metas del Plan Operativo anual programadas.	≥0.90	93,50	<p>El Plan de desarrollo 2013-2015 se aprobó mediante Acuerdo N° 002 de 2013. Se realizó evaluación y seguimiento en la vigencias 2014 y 2015, dando un cumplimiento del 93,51 para esta última. De acuerdo a informe presentado por el jefe de planeación.</p> <p>El Plan de desarrollo que fue elaborado por el trienio con metas específicas, para la evaluación del año 2013, de acuerdo a la información consolidada tanto estadística como informes e indicadores, se obtuvo un porcentaje de cumplimiento del 88.2% de las metas planteadas en el plan. En el año 2014 obtuvimos una meta de cumplimiento de 91.5%. Para el año 2015 nuestra meta de cumplimiento 93.5%.</p>
4	Riesgo Fiscal y Financiero	Adopción del programa de Saneamiento Fiscal y Financiero	Adopción del programa de Saneamiento Fiscal y Financiero	-0,2104	<p>Mediante Resolución 0001877 del 30 de mayo de 2013 el HOSPITAL DEL SARARE ESE, fue calificado en riesgo alto por el Ministerio de Salud y Protección Social, por lo cual el Hospital de acuerdo a la metodología establecida por el Ministerio de Hacienda, realizó el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero y este fue aprobado por la Junta Directiva mediante Acuerdo 03 del 20 de agosto de 2013 y modificado mediante Acuerdo 04 del 17 de julio de 2014. Y mediante oficio del 03 de octubre de 2014 el Ministerio de Hacienda dio concepto de viabilidad al programa de saneamiento. El programa de Saneamiento tiene una vigencia de 4 años 2015, 2016, 2017, 2018. Informes de la ejecución del mismo ha sido enviado a la UAESA, de conformidad con lo establecido.</p> <p>En la última calificación dada por el ministerio de salud y protección social Resolución 2184 del 27 de mayo de 2016 la ESE HOSPITAL DEL SARARE fue calificada SIN RIESGO, sin embargo las ESEs del nivel territorial con Plan de Gestión Integral de Riesgo - PGIR viabilizado o en trámite ante la Superintendencia Nacional de Salud, deberán cumplir con las determinaciones que dicha entidad defina para el efecto, en el marco de sus competencias.</p>

5	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida	((Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en el año objeto de la evaluación/Numero UVR producidas en la vigencia)/ (gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometidos en la vigencia anterior en valores constantes del año objeto de evaluación/Numero UVR producidas en la vigencia anterior))	<0.90	1,09	Este indicador mide la proporción entre el Gasto comprometido y la producción de UVR, dando como resultado el costo de producir una UVR en un año determinado. El resultado debe ser inferior al 90% del costo del año anterior e indica la eficiencia en el gasto. Para la vigencia 2015 el indicador fue de 1,09 evidenciando que el Hospital no ha logrado la eficiencia en la utilización de sus recursos.
6	Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquirido mediante los siguientes mecanismos: 1. compras conjuntas 2. Compras a través de cooperativas de empresas sociales del estado 3. Compras a través de mecanismos electrónicos.	Valor total adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico realizadas mediante uno o más de los siguientes mecanismos a) compras conjuntas b) compras a través de cooperativas de ESEs c) compras a través de mecanismos electrónicos / Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico quirúrgico.	≥0.70	0	En los años 2013, 2015 y 2015, el Hospital no realizó compras a través de 1. Compras conjuntas, 2, Compras a través de cooperativas de empresas sociales del estado, 3. Compras a través de mecanismos electrónicos.
7	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior	A. Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta o externalización de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación. B.((Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación) - (Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior, en valores constantes)).	Cero (0) o variación negativa	458.038.533	El monto a la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios para la vigencia 2015, fue de \$458.038.533 El consolidado de este indicador para el año 2014 fue de \$1.203.747.225, por lo que mejoró el resultado del indicador al obtener una variación positiva con respecto al año anterior, debido que se logró cancelar los salarios de personal de contrato y especialistas. El resultado del indicador corresponde principalmente al servicio de vigilancia y alimentación en la vigencia 2015

	<p>8 Utilización de información de Registro individual de prestaciones _RIPS</p>	<p>Numero de informes del análisis de la prestación de servicios de la ESE a la Junta Directiva con base en RIPS en la vigencia. En el caso de instituciones clasificadas 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</p>	<p>4</p>	<p>4</p>	<p>Numero de informes del análisis de la prestación de servicios de la ESE a la Junta Directiva con base en RIPS en la vigencia. El informe contiene la caracterización de la población, teniendo en cuenta el perfil epidemiológico y las frecuencias de uso de los servicios.</p> <p>La ESE realizó durante la vigencia 2105 las 4 presentaciones a la Junta relacionadas con el análisis de los RIPS generados en cada trimestre, los cuales siempre fueron coherentes con la información registrada en el informe exigido por el Decreto 2193 de 2004, lo cual demuestra que el indicador fue cumplido.</p>
	<p>9 Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo</p>	<p>Valor de la Ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (incluye recaudo de CxC de vigencias anteriores)/ Valor de la ejecución de gastos comprometidos incluyendo CxP de vigencias anteriores.</p>	<p>≥1.00</p>	<p>0,89</p>	<p>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 durante la vigencia, incluyendo las cuentas por cobrar de vigencias anteriores permanezca en equilibrio.</p> <p>En la vigencia 2015 equilibrio presupuestal fue de 0.89, registrando un ingreso total recaudado de \$48.655'675.758 y un total del gasto comprometido de \$54.397'590.934 lo que indica que se ha comprometido más recursos frente al ingreso recaudado. La meta para este indicador debe ser = ó > 1.</p>
	<p>10 Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya.</p>	<p>Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente</p>	<p>Cumplimiento dentro de los términos previstos</p>	<p>SI</p>	<p>El Hospital presento los informes a la Superintendencia Nacional de Salud, en los términos establecidos por la normatividad vigente, de lo cual se cuenta con el soporte del Sistema de Recepción y Validación de Archivos de la misma Superintendencia Nacional de Salud donde consta que el Informe de la Circular Única fue cargado con éxito y en los tiempos previstos dando cumplimiento a la meta establecida del indicador</p>

	11	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya.	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente	Cumplimiento dentro de los términos previstos	SI	El Hospital presento los informes exigidos por el decreto 2193 del 2004, al Sistema de Gestión de Hospitales Públicos, se cuenta con los soportes de envío del Decreto en mención, dando cumplimiento a los plazos establecidos, cumpliendo los resultados del indicador
Gestión Clínica o asistencial 40%	12	Evaluación de la guía de manejo específica: Hemorragias del III trimestre y trastornos hipertensivos en la gestación	No de historias clínicas con aplicación estricta de la guía de manejo para hemorragias del III trimestre y trastornos hipertensivos en la gestación/Total de historias clínicas auditadas de pacientes con edad gestacional mayor de 27 semanas atendidas en la ESE con diagnóstico de hemorragias del III trimestre y trastornos hipertensivos en la gestación	≥0.80	83%	El Hospital del Sarare durante la vigencia 2015 se alcanzó la meta esperada al obtener un consolidado anual del 83% frente a la calidad esperada establecida mediante resolución 743 2013 para la adherencia al manejo según la guía a gestantes con trastornos hipertensivos y hemorragias en el III trimestre. Durante el 1º trimestre los ítems que afectaron negativamente los criterios de hipertensión fueron el uso de sulfato de magnesio. Como mejora se hizo reinducción de la guía con el fin de garantizar la adherencia en todos los medico programado para el servicio de ginec obstetricia. Resultado de la misma se refleja en el resultado de los siguientes trimestres. Este indicador fue evaluado do por el comité de historias clínica de la ESE.

	13	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida	No de historias clínicas con aplicación estricta de la guía de manejo adoptada por la ESE para el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia /Total de historias clínicas auditadas de pacientes con diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la entidad en la vigencia	≥0.80	93,25%	<p>Para este indicador se tomó del perfil epidemiológico de cada vigencia donde se evidencia que la primera causa de egreso hospitalario de morbilidad atendida en las vigencias 2013, 2014 y 2015 fue el Parto vaginal en el caso de adherencias a las guías médicas se tiene estipulado que la revisión de las historias clínicas de los pacientes con este diagnóstico de egreso serán escogidos por muestreo aleatorio, estas revisiones se realizan a través de una lista de chequeo por los médicos de proceso y validada por el comité de historias clínicas.</p> <p>Como se puede observar durante el 2015 la adherencia a la guía de atención de parto alcanzo la meta esperada. Esto se debió a las continuas capacitaciones y actualizaciones de inducción y reinducción realizada al comienzo de año. Así mismo se asignó un equipo médico con exclusividad para la atención de urgencias ginecobstetricas y atención del parto con el fin de mantener mayor control a la adherencia a la guía.</p>
	14	Oportunidad en la realización de apendicetomía	No de pacientes con Diagnostico de Apendicitis al egreso a quienes se inició la Apendicetomía, después de confirmado el diagnostico en un tiempo igual o menor a 6 horas/Total de pacientes con Diagnostico de Apendicitis al egreso en la vigencia objeto de evaluación	≥0.90	91,25%	<p>Durante las vigencias 2013, 2014 y 2015, se auditaron el 100% de las historias clínicas, las cuales presentaron oportunidad en su gran mayoría en la realización de la cirugía dentro de las primeras seis horas después del diagnóstico, del análisis realizado se identificaron las situaciones que generaron acciones de mejora de aquellos aspectos que influyeron en un resultado negativo.</p>
	15	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual	No de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación y (Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación/No de pacientes pediátricos con neumonías bronco aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia anterior)	Cero (0) o variación negativa	0%	<p>Durante el año 2015 no se presentó ningún caso de neumonía neonatal por aspiración en la institución ESE Hospital del Sarare.</p>

	16	<p>Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo de Miocardio (IAM)</p>	<p>No de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo de Miocardio a quienes se inició la terapias específica dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnóstico/Total de pacientes con diagnóstico de egreso de Infarto Agudo de Miocardio en la vigencia.</p>	≥ 0.90	90%	<p>Los criterios tomados para la evaluación de la guía se basa en la lista de chequeo que evalúa oportunidad en el tiempo de atención que debe ser menor a 10 minutos, administración de medicamentos trombolíticos, toma de ayudas diagnosticas indicadas y traslado a UCIM. Durante el 1º trimestre se presentó una disminución en el 2 % de adherencia alcanzado el 88% con relación a la meta que es del 90% esto se debió quizás por la rotación de personal médico a la institución así como el ingreso de nuevos médicos rurales. También se concluyó que el mayor porcentaje de pacientes atendidos venían remitidos esto conlleva a que el uso del protocolo para administración de trombolisis o digitalico no fuera pertinente. Otro de los factores que contribuyeron fue la edad del paciente que no son candidatos a procedimientos de trombolisis (el ítem que más afecto negativamente el indicador En el 2º trimestre se observa una mejora en la adherencia a las guías alcanzando el 92% de médicos que brindan atención oportuna de acuerdo a las guía establecida en la institución. En el 3º y 4º trimestre se observa que se alcanza el 90% de médicos que brindan atención oportuna de acuerdo a la guía establecida en la institución. El resultado del indicador para la vigencia 2015 quedo en 90%</p>
--	-----------	---	---	-------------	-----	---

	17	Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria	No de casos de mortalidad intrahospitalaria mayor de 48 horas revisada en el comité respectivo/ Total de defunciones intrahospitalarias mayores de 48 horas en el periodo.	≥ 0.90	100%	<p>Durante el año 2015 se presentaron 77 fallecimientos posteriores a 48 horas de su ingreso correspondiendo a una tasa de mortalidad de 6.6 por cada 1000 egresos. Manteniendo la meta institucional que está ubicada en 8 fallecimientos por cada 1000 egresos.</p> <p>Para el año 2015 en el análisis que se le realizó a cada fallecimiento se incluyó y enfatizó en si ese deceso pudo prevenirse de alguna forma implementando algún tipo de medida ya sea intrahospitalario o extra hospitalario, en articulación con los demás integrantes del sistema de salud, se encontró que en el 80 % de los casos las muertes no podían prevenirse ya que se dieron como consecuencia de enfermedades terminales o una enfermedad de base agravada con múltiples comorbilidades que finalmente llevan al fallecimiento. Se analizaron el 100% de los casos presentados.</p>
	18	Oportunidad en la atención de consulta de pediatría	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita, por cualquier medio, para ser atendido en la consulta médica pediátrica y la fecha para la cual es asignada la cita / Número total de consultas médicas pediátricas	5	4,13	<p>El consolidado del indicador para el periodo enero a octubre de 2015, la oportunidad en la consulta de pediatría fue de 4.13 días, superando la meta del indicador que debe ser menor o igual a 5 días. Se ha logrado poder subir este indicador con respecto al año 2014 que el consolidado del año fue de 6.23 días y no se pudo lograr la meta.</p> <p>Para el año 2015 se pudo superar la dificultad de faltas de especialistas, logrando ofrecer esta especialidad sin interrupciones durante todos los días del año 2015.</p>

	19	Oportunidad en la atención gineco-obstétrica	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita, por cualquier medio, para ser atendido en la consulta médica gineco-obstétrica y la fecha para la cual es asignada la cita / Número total de consultas médicas gineco-obstétrica asignadas en la institución	8	5,11	La ESE Hospital del Sarare ha mantenido su oferta de consulta de gineco obstetricia en el 2015, contando con una oferta de 2 ginecólogos permanentes al mes. Durante el I semestre de 2015 el Hospital del Sarare tuvo número de días entre la solicitud y la asignación de citas para Ginecobstetricia de 25676 y el número de consultas de ginecobstetricia asignadas de 5856 mostrando un 4.38 días de oportunidad para la atención médica especializada. Durante el II semestre de 2015 el Hospital del Sarare tuvo número de días entre la solicitud y la asignación de citas para Ginecobstetricia de 38659 y el número de consultas de Ginecobstetricia asignadas de 6724 mostrando un 5.74 días de oportunidad para la atención médica especializada. Lo anterior muestra que para el año 2015 la oportunidad estuvo en 5.11 días para la asignación de cita, comparado con la meta que es de 8 días se considera que se alcanzó la meta para la suficiencia institucional en la demanda de la prestación de los servicios especializados
	20	Oportunidad en la atención de medicina interna	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita, por cualquier medio, para ser atendido en la consulta médica de medicina interna y la fecha para la cual es asignada la cita / Número total de consultas de medicina interna asignadas en la institución	≥15	5,04	Para el año 2015 la oportunidad estuvo en 5.04 días para la asignación de cita, comparado con la meta que es de 14 días se considera una excelente suficiencia institucional para la demanda en la prestación de los servicios especializados durante la vigencia 2015

4. ESCENARIO PROYECTADO- PLAN DE GESTION 2017-2019

Área de Gestión	No.	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	LOGROS O COMPROMISOS PLANTEADOS PARA EL PERIODO DE GERENCIA	ACTIVIDADES GENERALES A DESARROLLAR	ESTANDAR PARA CADA AÑO	LINEA BASE 31 DIC 2015	METAS		
								2017	2018	2019
Dirección y Gerencia 20%	1	Promedio de la calificación de la autoevaluación cuantitativa y cualitativa en desarrollo del ciclo de preparación para la acreditación o del ciclo de mejoramiento de la ESE en los términos del artículo 2 de la Resolución 2181 de 2008 o de la norma que lo sustituya.	Promedio de la calificación de la autoevaluación en la vigencia/ Promedio de la calificación de la autoevaluación de la vigencia anterior.	Realizar autoevaluación teniendo en cuenta los estándares de acreditación (una al año)	<p>*Elaborar el Plan de Acción del ciclo de preparación para la acreditación acorde a lo establecido en la Resolución 123 de 2012</p> <p>*Conformar los equipos de autoevaluación acorde con los grupos de estándares aplicables a la institución.</p> <p>*Capacitación a los líderes de proceso en el tema Acreditación servicios de Salud y autoevaluación.</p> <p>*Realizar la autoevaluación de acuerdo al instrumento desarrollado por el Ministerio de la protección Social (Resolución 123 de 2012) estableciendo y registrando las fortalezas ajustadas a los estándares y oportunidades de mejora.</p> <p>*Realizar la calificación acorde a la hoja radar</p> <p>*Realizar las priorización de las oportunidades de mejora acorde a la metodología de riesgo, costo y volumen.</p> <p>*Presentar los resultados cuantitativos y cualitativos consolidados.</p>	≥1.20	1,19	Mantener la línea base y superar el estándar para cada año	Mantener la línea base y superar el estándar para cada año	Mantener la línea base y superar el estándar para cada año

	2	Efectividad en la Auditoria para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud	Número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas / Total de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoria	Cumplir con las acciones de mejora planteadas para cada vigencia en un 90%	<p>Actualizar el PAMEC anualmente una vez realizada la autoevaluación para cada vigencia 2017, 2018 y 2019:</p> <p>*Con las oportunidades de mejora priorizadas (acreditación) acorde a la metodología de riesgo, costo y volumen; definir las acciones de mejoramiento para los hallazgos y/o incumplimientos detectados.</p> <p>*Definir barreras y cronograma de ejecución de acciones de mejoramiento.</p> <p>*Hacer el seguimiento al cumplimiento y avance en las acciones de mejora establecidas.</p> <p>*Presentar los resultados cuantitativos y cualitativos consolidados.</p> <p>*Socialización y ejecución del programa de Auditoria</p> <p>*Realizar seguimiento periódico a las actividades planteadas en el plan de mejoramiento y sus respectivos cierres de ciclo</p>	≥0.90	68,67%	≥0.90	≥0.90	≥0.90
	3	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	Numero de metas del Plan Operativo anual cumplidas / Numero de metas del Plan Operativo anual programadas.	Ejecución del Plan Operativo anual.	<p>*Elaborar el Plan de Desarrollo Institucional alineado con el Plan de desarrollo Departamental, para la vigencia 2017 - 2019 y presentar a Junta para su aprobación en antes de finalizar el primer trimestre de 2017.</p> <p>*Formulación anual de planes operativos por proceso en consonancia con el plan de desarrollo Institucional, Plan de Gestión y demás planes institucionales.</p> <p>*Efectuar seguimiento y control periódico y sistemático a cada uno de los planes operativos, con retroalimentación al comité de meci- calidad, y Junta Directiva.</p>	≥0.90	93,50	≥0.70	≥0.80	≥0.90

Financiera y Administrativa 40%	4	Riesgo Fiscal y Financiero	Categorización de la ESE por parte del Ministerio de Salud y Protección Social en cuanto a la categorización del riesgo	Bajar de Riesgo alto a bajo	<p>1. Ejecución y seguimiento al PROGRAMA DE SANEAMIENTO FISCAL Y FINANCIERO</p> <p>2. Administrar los recursos de la ESE logrando el equilibrio presupuestal entre el gasto comprometido y los recaudos.</p> <p>3. fortalecer el recaudo mediante el mejoramiento en el proceso de facturación, radicación, y respuesta a glosa.</p> <p>4. Depurar la cartera con el fin de establecer información real.</p> <p>5. Incrementar la venta de servicios con la creación de nuevos servicios: UCI Adulto, UCIN neonatal, ortopedia de mayor complejidad, neurocirugía.</p> <p>6. Hacerle seguimiento a los ingresos operacionales corrientes, para que los gastos que se comprometan tengan respaldo con dichos ingresos (corrientes)</p> <p>7. Que los pasivos adquiridos a largo plazo no superen la estimación del recaudo de cartera de largo plazo.</p> <p>6. Hacer seguimiento a los ingresos y gastos para que no se hagan compromisos si el presupuesto de ingresos no se está cumpliendo.</p> <p>7. Generar lineamientos de austeridad y control</p>	Categorizada SIN RIESGO	-0,2104	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO
---------------------------------	---	----------------------------	---	-----------------------------	--	-------------------------	---------	------------	------------	------------

	5	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida	(Gasto comprometido en el año objeto de la evaluación, sin incluir cuentas por pagar/Numero de UVR producidas en al vigencia)/(Gasto comprometido en la vigencia anterior- en valores constantes del año objeto de evaluación-, sin incluir cuentas por pagar/Numero UVR producidas en la vigencia anterior)).	Presupuesto con base en los recaudos, y compromisos en la medida del cumplimiento de esos recaudos.	Ejecución de las estrategias planteadas en el PROGRAMA DE SANEAMIENTO FISCAL Y FINANCIERO. Res 365 de 2012 Revisar la capacidad instalada vs producción Verificar los costos de producción acorde a los servicios prestados Control del gasto y el costo: Generación de información que permite la toma oportuna de decisiones para el control del gasto y el costo de acuerdo con la producción. Incremento de la producción: Propuestas de contratación a nuevos pagadores dado el potencial de afiliados al Régimen Contributivo y otras IPS en la Localidad, que incrementen el nivel de ingresos.	<0.90	1,09	1	0,98	0,9
--	---	--	--	---	--	-------	------	---	------	-----

	6	<p>Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquiridos mediante mecanismos de compras conjuntas, a través de cooperativas de empresas sociales del estado y/o de mecanismos electrónicos</p>	<p>Valor total adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico realizadas mediante mecanismos de compras conjuntas a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado y/o mecanismos electrónicos / Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico quirúrgico.</p>	<p>Estudio, análisis, para comprar a través de cooperativas de ESS y/o mecanismo electrónicos.</p>	<p>Es de anotar que la meta establecida en la Resolución 743 de 2013, difícilmente es alcanzable en razón que por criterios de calidad (exigencias INVIMA) y la diversidad de medicamentos y material médico quirúrgico utilizado por el Hospital, no permite que pueda ser manejado en su totalidad, por los mecanismos sugerido en este ítem, por lo que se plantea la realización de compras a distribuidores, con el fin de dar oportunidad en la entrega de medicamentos a un menor costo.</p> <p>Revisar las ventajas de este tipo de contratación, verificar oferta en mercado libre y ventajas competitivas. Reuniones con las diferentes ESE del departamento para revisar posible contratación en conjunto. Solicitar cotizaciones a las cooperativas de otros departamentos, para comparar precios con los distribuidores actuales y comprar solo aquellos productos con mejores precios.</p>	≥0.70	0	0,1	0,15	0,2
--	---	---	--	--	--	-------	---	-----	------	-----

	7	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior	A. Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta o externalización de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación. B. ((Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación) - (Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior, en valores constantes)).	Cumplimiento en pago de compromisos laborales y Contratación de terceros	Pago de las obligaciones laborales de conformidad con las disposiciones legales y de contratación. Tramite ágil en la radicación y contabilización de cuentas de colaboradores. Realizar seguimiento a los pagos en los términos establecidos Fortalecer las políticas de recuperación de cartera.	Cero (0) o variación negativa	458.038.533	Disminuir la deuda	Disminuir la deuda	Disminuir la deuda
--	---	---	--	--	---	-------------------------------	-------------	--------------------	--------------------	--------------------

	8	Utilización de información de Registro individual de prestaciones _RIPS	Numero de informes del análisis de la prestación de servicios de la ESE a la Junta Directiva con base en RIPS en la vigencia. En el caso de instituciones clasificadas 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	Análisis de RIPS, elaboración de caracterización y perfil epidemiológico de los usuarios Realizar la entrega de 4 informes anuales a la junta directiva de la producción de los servicios de salud del Hospital, soportado en los RIPS.	Procesar, validar y analizar la información de los servicios prestados generados por los RIPS, clasificados en atención de primer nivel de la población capitada. Teniendo en cuenta el perfil epidemiológico y la frecuencia de demanda de los servicios. Consolidar los informes de RIPS y presentar a la junta directiva.	4	4	4	4	4
	9	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo	Valor de la Ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (incluye recaudo de CxC de vigencias anteriores)/ Valor de la ejecución de gastos comprometidos incluyendo CxP de vigencias anteriores.	Buscar el equilibrio presupuestal entre los recaudos y los compromisos de la institución.	*Evitar el déficit presupuestal ajustando permanentemente los gastos comprometidos de manera que no superen los recados *Maximizar la productividad de la capacidad instalada *Armonizar la producción, la facturación y el recaudo.	≥1.00	0,89	0,9	1	1

	10	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya.	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente	Elaboración oportuna del reporte de la información a la súper salud	Elaboración de cronograma interno, en donde se establezcan fechas de entrega por parte de las unidades productoras de la información. Generar una Política de revisión sistemática y periódica de los Informes correspondientes a la Circular Única de la Supersalud. Validación de la información. Sustentación de informes. Envío de información semestral a la Súper Salud de acuerdo a fechas establecidas	Cumplimiento dentro de los términos previstos	SI	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos
	11	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya.	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente	Elaboración oportuna, Revisión y aprobación antes de enviar a la UAESA.	Elaboración de cronograma interno, en donde se establezcan fechas de entrega por parte de las unidades productoras de la información y su responsable directo. Generar una Política de revisión sistemática y periódica de los Informes correspondientes al decreto 2193 de 2004. Revisión y validación de la información. Sustentación de informes a UAESA. Envío de información de acuerdo al cronograma establecido por la UAESA	Cumplimiento dentro de los términos previstos	SI	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos

0	12	Evaluación de la guía de manejo específica: Hemorragias del III trimestre y trastornos hipertensivos en la gestación	No de historias clínicas con aplicación estricta de la guía de manejo para hemorragias del III trimestre y trastornos hipertensivos en la gestación/Total de historias clínicas auditadas de pacientes con edad gestacional mayor de 27 semanas atendidas en la ESE con diagnóstico de hemorragias del III trimestre y trastornos hipertensivos en la gestación	Implementación, seguimiento y evaluación de la guía de manejo específica: Hemorragias del III trimestre y trastornos hipertensivos en la gestación.	1, Actualizar la guía de manejo específica: Hemorragias del III trimestre y trastornos hipertensivos en la gestación. 2, socializar la guía de manejo específica: Hemorragias del III trimestre y trastornos hipertensivos en la gestación. 3, Medir la adherencia de la guía Hemorragias del III trimestre y trastornos hipertensivos en la gestación. 4, Realizar seguimiento trimestral de los casos en el comité de historia clínicas a la guía de manejo específica: Hemorragias del III trimestre y trastornos hipertensivos en la gestación 5, Socialización y retroalimentación al personal de la evolución de adherencia. 6, Realizar inducción a los médicos nuevos que ingresen a la institución sobre la guía	≥0.80	83%	0,8	0,85	0,9
	13	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida	Implementar la guía de manejo médica de atención del parto en el ese Hospital del Sarare, realizar seguimiento trimestral y una actualización durante el periodo.	De acuerdo al perfil epidemiológico con la primera causa de egreso de la vigencia anterior: 1, Actualizar la guía de manejo específica 2, socializar la guía de manejo específica 3, Medir la adherencia de la guía 4, Realizar seguimiento trimestral de los casos en el comité de historia clínicas a la guía de manejo específica 5, Socialización y retroalimentación al personal de la evolución de adherencia. 6, Realizar inducción a los médicos nuevos que ingresen a la institución sobre la guía	≥0.80	93,25%	0,8	0,85	0,9

14	Oportunidad en la realización de apendicetomía	No de pacientes con Diagnostico de Apendicitis al egreso a quienes se inició la Apendicetomía, después de confirmado el diagnostico en un tiempo igual o menor a 6 horas/Total de pacientes con Diagnostico de Apendicitis al egreso en la vigencia objeto de evaluación	Garantizar la disponibilidad de equipo quirúrgico las 24 horas del día los 365 días del año, para que los pacientes sean operados dentro del tiempo establecido.	1, Actualizar la guía de manejo específica 2, socializar la guía de manejo específica 3, Medir la adherencia de la guía 3, Realizar seguimiento trimestral de los casos en el comité de historia clínicas a la guía de manejo específica 4, Socialización y retroalimentación al personal de la evolución de adherencia. Establecer e implementar el plan de mejoramiento respectivo. 5, Realizar inducción a los médicos nuevos que ingresen a la institución sobre la guía	≥0.90	91,25%	0,9	0,9	0,9
	15	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-espирativas de origen intrahospitalario y variación interanual	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-espирativas de origen intrahospitalario y variación interanual	Implementar la guía de manejo de neumonía por broncoaspiración y garantizar el servicio de pediatría durante la vigencia 2013 - 2015 en la institución.	1. Revisar, actualizar, socializar, implementar y evaluar la adherencia de guías para el manejo de las neumonías pediátricas. 2. Identificar y tomar medidas preventivas en los pacientes pediátricos con riesgo de broncoaspiración desde el ingreso intrahospitalario 3. Identificar y realizar seguimiento al paciente con riesgo de broncoaspiración desde el ingreso intrahospitalario. 4. Tomar medidas preventivas en los pacientes pediátricos con riesgo de broncoaspiración 5. Formulación plan de mejora en articulación con el Programa de Seguridad de Pacientes.	Cero (0) o variación negativa	0%	Cero (0) o variación negativa	Cero (0) o variación negativa

	16	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo de Miocardio (IAM)	No de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo de Miocardio a quienes se inició la atención específica dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnóstico/Total de pacientes con diagnóstico de egreso de Infarto Agudo de Miocardio en la vigencia.	Implementar la guía de manejo de IAM en la institución y garantizar al personal médico la disponibilidad de medicamentos requeridos para el manejo óptimo de esta patología, así como garantizar la disponibilidad de médico internista en la institución.	1, Actualizar la guía de manejo específica 2, socializar la guía de manejo específica 3, Medir la adherencia de la guía 4, Realizar seguimiento trimestral de los casos en el comité de historia clínicas a la guía de manejo específica 5, Socialización y retroalimentación al personal de la evolución de adherencia. 6, Realizar inducción a los médicos nuevos que ingresen a la institución sobre la guía	≥0.90	90%	0,9	0,9	0,9
	17	Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria	No de casos de mortalidad intrahospitalaria mayor de 48 horas revisada en el comité respectivo/ Total de defunciones intrahospitalarias mayores de 48 horas en el periodo.	Realizar análisis del 100% de las mortalidades después de 48 horas	A través del Comité de mortalidad hospitalaria, realizar un abordaje del 100% de las mortalidades después de las 48 horas independientes de su causa, con el análisis y/o información implementar acciones o coordinar servicios que cambien perfiles epidemiológicos.	≥0.90	100%	100%	100%	100%

18	Oportunidad en la atención de consulta de pediatría	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita, por cualquier medio, para ser atendido en la consulta médica pediátrica y la fecha para la cual es asignada la cita / Número total de consultas médicas pediátricas	Garantizar los recursos para la contratación de médicos pediatras que puedan mantener la oportunidad dentro de las metas propuestas para la presente vigencia.	1. Realizar seguimiento de las agendas, implementando estrategias para evitar la demanda insatisfecha del servicio. 2. Realizar medición y análisis mensual del indicador 3. Actualizar el análisis de oferta y demanda para el servicio en mención con el fin de mantener la oferta suficiente de consulta de pediatría de acuerdo al anterior análisis.	≤5	4,13	≤5	≤5	≤5
	19	Oportunidad en la atención gineco-obstétrica	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita, por cualquier medio, para ser atendido en la consulta médica gineco-obstétrica y la fecha para la cual es asignada la cita / Número total de consultas médicas gineco-obstétrica asignadas en la institución	Garantizar los recursos para la contratación de médicos ginecólogos que puedan mantener la oportunidad dentro de las metas propuestas para la presente vigencia.	1. Realizar seguimiento de las agendas, implementando estrategias para evitar la demanda insatisfecha del servicio. 2. Realizar medición y análisis mensual del indicador 3. Actualizar el análisis de oferta y demanda para el servicio en mención con el fin de mantener la oferta suficiente de consulta de gineco - obstetricia de acuerdo al anterior análisis.	≤8	5,11	Mantener la línea base y no superar el estándar para cada año	Mantener la línea base y no superar el estándar para cada año

20	Oportunidad en la atención de medicina interna	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita, por cualquier medio, para ser atendido en la consulta médica de medicina interna y la fecha para la cual es asignada la cita / Número total de consultas de medicina interna asignadas en la institución	Garantizar los recursos para la contratación de médicos internistas que puedan mantener la oportunidad dentro de las metas propuestas para la presente vigencia.	1. Realizar seguimiento de las agendas, implementando estrategias para evitar la demanda insatisfecha del servicio. 2. Realizar medición y análisis mensual del indicador 3. Actualizar el análisis de oferta y demanda para el servicio en mención con el fin de mantener la oferta suficiente de consulta de medicina interna de acuerdo al anterior análisis.	≤15	5,04	Mantener la línea base y no superar el estándar para cada año	Mantener la línea base y no superar el estándar para cada año	Mantener la línea base y no superar el estándar para cada año
----	--	--	--	--	-----	------	---	---	---

NESTOR BASTIANELLI RAMIREZ

Gerente