



HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE VILLAMARIA
CALDAS ESE
NIT. 898-801-944-4
CARRERA 6 No. 5 68 Villamaría
Teléfonos 8771878 8770011 8770126

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE VILLAMARIA VILLAMARIA - CALDAS

PLAN DE GESTION GERENCIAL 2012-2016

**CIUDAD
MAYO DE 2012**

**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE VILLAMARIA
VILLAMARIA - CALDAS**

**PLAN DE GESTION GERENCIAL
2012-2016**

TABLA DE CONTENIDO

- I. PRESENTACION.**
- II. MARCO LEGAL.**
- III. PROPÓSITO.**
- IV. CARACTERIZACION HOSPITAL**
- V. FINALIDAD.**
- VI. OBJETIVO GENERAL.**
- VII. OBJETIVOS ESPECIFICOS.(OBJETIVOS ESTRATEGICOS)
POR ÁREAS ESTRUCTURALES DEL PLAN DE GESTION:**
 - DIRECCION Y GERENCIA**
 - FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA**
 - GESTION CLINICA O ASISTENCIAL**
- VIII. DIAGNOSTICO INICIAL**
- IX. ESTRATEGIAS, METAS Y RESULTADOS GLOBALES POR
AREAS ESTRUCTURALES DEL PLAN.**
- X. METAS PROPUESTAS INDICADORES DE CALIDAD**

I. PRESENTACION.

El presente Plan de Gestión Gerencial 2012-2016 pretende convertirse en el marco de acción de la Gerencia, la Junta Directiva y el Equipo Técnico Directivo de la **ESE Hospital Departamental San Antonio de Villamaría**, durante el periodo 2012-2016; esta diseñado y construido de acuerdo con los Principios, Políticas y Directrices del actual Sistema General de Seguridad Social en Salud, la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud en sus tres ejes estratégicos (accesibilidad, eficiencia y calidad) y el Plan Nacional de Salud Pública; además esta articulado con el Plan Estratégico de Desarrollo Institucional 2012-2016. Su estructura se apoya en tres Áreas: Dirección y Gerencia, Financiera y Administrativa y Clínica o Asistencial.

II. MARCO LEGAL.

- Constitución Política de Colombia
- Ley 1122 de 2007.
- Ley 1151 de 2007. (art. 32).
- Ley 1438 de 2011
- Decreto 800 de 2008
- Decreto 2993 de 2011
- Resolución 165 de 2008 (DAFP).
- Resolución 710 de 2012 (MPS)

La constitución Política de Colombia a través de su artículo 49 establece "La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley..."

En cumplimiento de lo señalado en la carta magna, el gobierno Nacional mediante la Ley 100 de 1993, crea el Sistema General de Seguridad social en Salud, teniendo como objetivo principal el regular el Servicio Público esencial de salud y crear condiciones de acceso en toda la población al servicio de todos los niveles de atención, lo anterior soporta la transformación de los hospitales públicos y su operación de la Empresas Sociales del Estado, igualmente señala inicialmente las condiciones de administración y los principios de evaluación de la gestión de los gerentes.

Concordante con lo anterior el Ministerio de Salud por medio del Decreto 1876 de 1994, reglamento la creación y puesta en marcha de la Empresas Sociales del Estado, definiendo su naturaleza jurídica, el objeto, los principios básicos, y como deben estar organizados.

La Ley 1122 de 9 de enero de 2007, tiene como objeto principal “Realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud”. El artículo 28 de la referida Ley, establece la forma de nombramiento y define los periodos de los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado. Este artículo es reglamentado parcialmente por el Decreto Nacional 800 de 2008.

La Ley 1438 de 2011, en sus artículos 72 y 73, define la forma y los plazos de presentación del plan de gestión gerencial ante la Junta Directiva el cual esta determinado así:

“ARTÍCULO 72. ELECCIÓN Y EVALUACIÓN DE DIRECTORES O GERENTES DE HOSPITALES. La Junta Directiva de la Empresa Social del Estado del orden territorial deberá aprobar el plan de gestión para ser ejecutado por el Director o Gerente de la entidad, durante el período para el cual ha sido designado y respecto del cual dicho funcionario deberá ser evaluado. Dicho plan contendrá, entre otros aspectos, las metas de gestión y resultados relacionados con la viabilidad financiera, la calidad y eficiencia en la prestación de los servicios, y las metas y compromisos incluidos en convenios suscritos con la Nación o con la entidad territorial si los hubiere, y el reporte de información a la Superintendencia Nacional de Salud y al Ministerio de la Protección Social. El plan de gestión deberá ajustarse a las condiciones y metodología que defina el Ministerio de la Protección Social... “

“ARTÍCULO 73. PROCEDIMIENTO PARA LA APROBACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN DE LAS EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO DEL ORDEN TERRITORIAL. Para la aprobación del plan de gestión se deberá seguir el siguiente procedimiento:

73.1 El Director o Gerente de la Empresa Social del Estado deberá presentar a la Junta Directiva el proyecto de plan de gestión de la misma, dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a su posesión en el cargo, o para los ya posesionados a los treinta (30) días hábiles siguientes a la expedición de la reglamentación. El proyecto de plan de gestión deberá ajustarse a las condiciones y metodología que defina el Ministerio de la Protección Social.

73.2 La Junta Directiva de la respectiva Empresa Social del Estado deberá aprobar, el plan de gestión dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la presentación del plan de gestión.

73.3 El gerente podrá presentar observaciones al plan de gestión aprobado en los 5 días hábiles siguientes a su aprobación, y se resolverá dentro de los diez (10) días hábiles siguientes.

73.4 En caso de que la Junta Directiva no apruebe el proyecto de plan de gestión durante el término aquí establecido, el plan de gestión inicialmente presentado por el Director o Gerente se entenderá aprobado”.

De acuerdo con lo anterior el Ministerio de Protección social, de acuerdo a la Resolución 710 del 30 de Marzo de 2012, adopta 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, su evaluación por parte de la Junta Directiva y se dictan otras disposiciones. Así mismo establece que el plan de gestión deberá contener como mínimo las variables y metas señaladas en el anexo técnico que hace parte integral de la resolución.

III. CARACTERIZACION DEL HOSPITAL

IDENTIFICACION DE LA INSTITUCION

NOMBRE:	HOSPITAL SAN ANTONIO (IPS)
NIT:	890.801.944.-4
TIPO DE ENTIDAD:	Entidad Pública del orden Departamental
MUNICIPIO:	Villamaría
DEPARTAMENTO:	Caldas
DIRECCION:	Carrera 6ª # 5-68
TELEFONOS:	(096) 8770011 – 8770126 – 8771878

REPRESENTANTE LEGAL: Mónica Liliana Díaz Henao (Gerente)

MISIÓN

“Somos una institución prestadora de servicios de salud de primer nivel de atención y baja complejidad, de naturaleza pública, del orden departamental, cuya función es fomentar el bienestar social de la población del municipio de Villamaría y el desarrollo socioeconómico de la región; mediante acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y atención médica general institucional y rural de recuperación y rehabilitación de la enfermedad; dirigido a la población afiliada a los diversos regímenes de salud (subsidiado, contributivo y vinculados); con personal altamente competitivo e idóneo, fundamentado en valores de solidaridad, honestidad, trabajo en equipo, compromiso, sentido de pertenencia y respeto, que busca permanentemente estándares altos de calidad mediante la optimización de los recursos humanos, técnicos, físicos y financieros.”

VISION

“El hospital San Antonio será en el año 2015, la mejor institución de salud de primer nivel en el municipio de Villamaría, seremos una organización viable y sostenible, capaz de prestar los servicios de salud con altos niveles de calidad y en forma oportuna; enmarcados en una filosofía del servicio, con una utilización adecuada de la tecnología disponible y con un recurso humano idóneo, cálido, transparente, participativo, comprometido, con sentido de pertenencia y respetuoso; con lo cual se lograrán altos niveles de satisfacción en nuestros usuarios.”

VALORES CORPORATIVOS

➤ **Solidaridad.**

Los empleados del HSA, unimos esfuerzos y recursos para resolver problemas y necesidades, lo cual repercute en una mejor atención al usuario.

➤ **Honestidad.**

Los empleados del HSA, actuamos con una actitud correcta, clara y transparente tanto en la palabra como en la acción, siendo fieles en el cumplimiento de las funciones y lineamientos de nuestra empresa.

➤ **Trabajo en equipo.**

Los empleados del HSA, somos un grupo de personas que interactuamos en nuestro ámbito laboral como una unidad de trabajo de manera permanente, buscando alcanzar conjuntamente los objetivos de nuestra empresa.

➤ **Compromiso.**

Nuestro actuar supera la obligación. Como un acto de voluntad indeclinable ponemos en juego todas nuestras capacidades para sacar adelante todo lo que se nos ha confiado y ejercemos permanentemente el autocontrol.

➤ **Sentido de pertenencia.**

Los empleados del HSA, amamos nuestra institución y lo que hacemos en ella y participamos activamente en el crecimiento y desarrollo de la misma.

➤ **Respeto.**

Los empleados del HSA, valoramos las costumbres, creencias, hábitos y opiniones de nuestros compañeros de trabajo y de nuestros usuarios, aún a pesar de nuestros gustos, afectos e intereses, lo cual nos permite convivir en armonía conservando nuestra individualidad y reconociendo la diversidad.

ASPECTOS GENERALES

AREA DE COBERTURA:	Municipio de Villamaría Suroriente de Manizales Norte de Chinchiná
TOTAL DE EMPLEADOS:	ASISTENCIALES: 63 ADMINISTRATIVOS: 33 TOTAL: 96
INSTALACIONES:	1 Sede central Hospital San Antonio 19 Camas Puestos de Salud Rurales: 10

Veredas de: Gallinazo, Santo Domingo, Valles,
San Julián, Rioclaro, Llanitos, Partidas, Cuervos,
Montevideo y Papayal

SERVICIOS OFRECIDOS Y DEBIDAMENTE HABILITADOS

- HOSPITALIZACION Y OBSERVACION
- ATENCION DE URGENCIAS: 24 Horas diarias – Médicas y dentológicas
- ATENCION DE PARTOS: 24 Horas diarias
- SERVICIOS AMBULATORIOS:
 - Consulta Médica General
 - Consulta Odontológica General
 - Controles de enfermería
 - Optometría
 - Terapia Respiratoria
 - Fisioterapia
 - Trabajo Social
- SERVICIOS DE APOYO
 - Terapéutico: Terapia Física y Respiratoria Medicamentos
 - Diagnóstico: Laboratorio Clínico – 24 horas diarias
 - Ecografía
 - Rayos X
- OTROS SERVICIOS:
 - Traslado de pacientes: 2 ambulancias de transporte asistencial básico terrestre
 - Cirugía Ambulatoria Programada
- PROMOCION Y PREVENCION:
 - Programas de Salud Pública
 - Programa Ampliado de Inmunizaciones
 - Control de Gestantes
 - Control de Crecimiento y Desarrollo
 - Control de IRA y EDA
 - Programa de Lactancia Materna

- Programa de Salud Visual
- Programa de Salud Reproductiva
- Prevención de CA de Cerviz, Mama y Próstata
- Control de Hipertensión Arterial
- Control de Diabetes Mellitas
- Control de TBC, Hansen, Leishmaniasis, Malaria
- Programas del Plan de Atención Básica (PAB)
- Promoción de la salud y Prevención de la enfermedad
- Actividades dirigidas a la colectividad
- Vigilancia en salud pública
- Control de factores de riesgo
- Vigilancia y control ambiental y sanitario

IV. PROPÓSITO.

Dar cumplimiento a las directrices definidas por el Artículo 72 de la Ley 1438 de 2011 y la Resolución 0710 de Marzo 30 de 2012 y sus Anexos Técnicos, en lo correspondiente a contenido, términos y procedimientos para la presentación, aprobación y evaluación del Plan de Gestión que debe ser ejecutado por los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado, durante el periodo para el cual fueron designados.

V. FINALIDAD.

El presente Plan de Gestión, debe permitir a la Gerencia, la Junta Directiva y el Equipo Técnico Directivo de la Empresa, establecer una serie de objetivos, estrategias y metas posibles y factibles de alcanzar, encaminadas a lograr un desarrollo adecuado y sostenible de la Empresa y principalmente satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios de los servicios de salud ofertados.

VI. OBJETIVO GENERAL.

Definir con criterios y principios de necesidad, realidad y factibilidad las Metas y Resultados a obtener en el periodo 2012-2016 en las Áreas de: Dirección y Gerencia, Financiera y Administrativa y Clínica o Asistencial de la ESE Hospital Departamental San Antonio de Villamaría - Caldas.

VII. OBJETIVOS ESTRATEGICOS.

AREA DIRECCION Y GERENCIA:

El objetivo de esta área es el de operacionalizar y ejecutar la misión y visión institucional, los resultados arrojados se materializan con el seguimiento al

desarrollo estratégico de la entidad, el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, el cumplimiento del plan de desarrollo de la institución, enfocada hacia el mejoramiento continuo de los procesos de salud y garantizando la prestación de los servicios de salud.

AREA FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA

Orientar la gestión de la administración de los recursos requeridos para la adecuada prestación de los servicios de salud y la viabilidad financiera a corto y largo plazo de la institución dentro del mercado, de igual forma el cumplimiento de las obligaciones laborales y con proveedores de forma oportuna.

AREA DE GESTION CLINICA O ASISTENCIAL

El objetivo de esta área es garantizar la prestación de los servicios de salud tomando como base las guías de manejo institucionales, la gestión del riesgo a gestantes, la gestión del riesgo en los servicios de salud y la oportunidad en la prestación de servicios

VIII. DIAGNOSTICO INICIAL

Establecido el diagnóstico, se planteara en forma general las propuestas para el desarrollo de la gestión durante el período para el cual se realiza el nombramiento y que permitirán cumplir con las metas propuestas.

Para ello, se establecerá los logros a alcanzar en cada una de las áreas de gestión mencionadas, así como las principales actividades a desarrollar, teniendo en cuenta entre otros los siguientes aspectos por cada área:

Área de Dirección y Gerencia:

- Revisión y ajuste de los planes de la entidad
- Clasificación y categorización posición de las entidades pagadoras para la contratación de servicios de Salud.
- Verificación de la capacidad instalada en la institución
- Verificación del desarrollo tecnológico de la ESE.
- Reconocimiento de la infraestructura de la institución
- Detección y Clasificación de Usuarios potenciales versus capacidad instalada.

- Fortalecimiento del sistema de garantía de la calidad en la prestación de servicios de salud mejorar y hacer seguimiento permanente a los procesos de apoyo
- Validación y desarrollo de un clima organizacional adecuado
- Verificación y validación Desarrollo y seguimiento a los programas de capacitación y bienestar laboral
- Continuar validar y fortalecer con la implementación del sistema obligatorio de la garantía de la calidad (decreto 1011 de 2006)
- Validar verificar mantener y hacer seguimiento permanente a los estándares de la resolución 1043 de 2006 con sus respectivos anexos
- Estructuración de iniciar proceso de medición y evaluación de estándares de acreditación

Área Financiera y Administrativa

- Verificación e implementación de actividades para controlar el gasto
- Promoción de aumento de ingreso por venta de servicios
- Definición de estrategias de mercadeo
- Estructuración mejorar la rotación de cartera
- Fortalecimiento mejorar el proceso de facturación
- Mantener la radicación temprana de cuentas de cobro
- Validación y fortalecimiento fortalecer el sistema de control interno
- Cumplimiento de lineamientos en saneamiento de pasivos laborales.

Área de Gestión Clínica Asistencial

- Generar la mayor capacidad de respuesta científico técnica a las necesidades de salud de la población de Villamaría a mínimo riesgo y a mínimo costo con una cobertura universal.

- Mejorar los procesos y procedimientos de atención asistencial y administrativo con el mayor desarrollo de la biotecnología médica y la productividad del recurso humano responsable de cada servicio, cumpliendo con los procesos prioritarios asistenciales.
- Garantizar la atención de urgencias, lo más eficiente posible con prioridad en la severidad de la patología de los usuarios.
- Armonizar de la mejor forma posible el sistema de referencia y contrareferencia.
- Coordinar con el municipio a generar metas de salud positiva y cumplir con los indicadores centinelas y de mortalidad evitable y fomentar los estilos de vida saludable.
- Establecer y monitorear los resultados y metas asistenciales, epidemiológicas y administrativos que generen decisiones de mejoramiento continuo y retroalimentación para consolidar los impactos sociales propuestos.

LINEAMIENTOS GENERALES DEL PLAN

AREA DE GESTION	INDICADOR	FORMULA INDICADOR	DEL	ESTAN DAR PARA CADA AÑO	LINEA BASE	FUENTE DE INFORMACION
DIRECCION Y GERENCIA 20%	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 Empresa Social del Estado 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		≥ 1.20	1	Documento diligenciado del promedio de las autoevaluaciones de los estándares del sistema único de acreditación de la ESE
DIRECCION Y GERENCIA 20%	Efectividad en la Auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud	Numero de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorias realizadas / Total de Acciones de Mejoramiento		≥ 0.90	.05	Documento del cumplimiento promedio de los planes de mejoramiento

		programadas para la vigencia derivada de los planes de mejora del componente de auditoría			continuo implementado s con enfoque en acreditación
DIRECCION Y GERENCIA 20%	Gestión de Ejecución del Plan de Desarrollo	Numero de metas del Plan operativo Anual cumplidas / Numero de Metas del Plan operativo Anual programadas	≥ 0.90	0,70	Informe del responsable de planeación de la ESE e informe de Revisoría Fiscal en el caso de existir, de los contrario, informe de control interno de la entidad
FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA 40%	Riesgo Fiscal y Financiero	Categorización de la ESE por parte del Ministerio de Salud y Protección Social en cuanto a la categorización del Riesgo	Categorizada sin Riesgo	Categorizada sin Riesgo	Certificación Ministerio de Salud y Protección Social
FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA 40%	Evolución del gastos por unidad de valor relativo producida	(Gasto comprometido en el año objeto de la evaluación, sin incluir cuentas por pagar/Numero de UVR producida en la vigencia)/ (Gasto comprometido en la vigencia anterior - en valores constantes del año objeto de la evaluación- sin incluir cuentas por pagar/Número UVR producidas en la vigencia anterior)	< 0.90	0,90	Ejecución presupuestal reportada al sistema de información SIHO en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004, o la norma que lo sustituya, Ficha técnica de la Pagina WEB del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social
FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA 40%	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	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 de mecanismos electrónicos / Valor total de Adquisiciones de la	$\geq 0,70$	0	Informe del responsable del Área de compras, firmado por el Revisor Fiscal, en caso de no contar con Revisor Fiscal , firmado por el contador y

		E.S.E por medicamentos y material médico-quirúrgico			el Responsable de control interno
FINANCIE RA Y ADMINISTRATIVA 40%	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior	Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta o externalización de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de la 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 la evaluación)	Cero (o variación negativa	Cero o variación negativa	Certificación de Revisoría Fiscal, en caso de no contar con Revisor Fiscal, del contador de la ESE
FINANCIE RA Y ADMINISTRATIVA 40%	Utilización de información de registro individual de prestaciones RIPS	Número 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	4	4	1) Informe del responsable de planeación de la ESE o quien haga sus veces, 2) Actas de Junta Directiva
FINANCIE RA Y ADMINISTRATIVA 40%	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	$\geq 1,00$	0,86	Ejecución presupuestal reportada al sistema de información SIHO en cumplimiento del Decreto 2193 de 2044, o la norma que lo sustituya
FINANCIE RA Y ADMINISTRATIVA 40%	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	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Superintendencia Nacional de Salud
FINANCIE	Oportunidad en el	Cumplimiento oportuno	Cumpli	Cumplimi	Ministerio de

RA Y ADMINISTRATIVA 40%	reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la Sustituya	de los informes, en términos de la normatividad vigente	miento dentro término previstos	ento dentro términos previstos	Salud y Protección Social
GESTION CLINICA O ASISTENCIAL 40%	Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación	Número de mujeres gestantes a quienes se les realizó por lo menos una valoración médica y se inscribieron en el programa de atención prenatal de la ESE, a más tardar en la semana 12 de la gestación / Total de mujeres gestantes identificadas	$\geq 0,85$.06	Informe de Historias clínicas
GESTION CLINICA O ASISTENCIAL 40%	Incidencia de sífilis congénita en partos atendidos en la ESE	Numero de recién nacidos con diagnostico de sífilis congénita en población atendida por la ESE en la vigencia	0 CASOS	0 CASOS	Concepto del COVE Territorial en el cual se certifique el nivel de cumplimiento de las obligaciones de la ESE en cada caso de sífilis
GESTION CLINICA O ASISTENCIAL 40%	Evaluación de la aplicación de la guía de manejo específica: Guía de atención de enfermedad hipertensiva	Número de Historias clínicas con aplicación estricta de la guía de atención de enfermedad Hipertensiva adoptada por la ESE / Total de pacientes con Diagnostico de Hipertensión arterial atendidos en la ESE en la vigencia objeto de la evaluación	$\geq 0,90$	0,7	Informe de Historias clínicas
GESTION CLINICA O ASISTENCIAL 40%	Evaluación de la aplicación de la guía de manejo de crecimiento y desarrollo	Número de Historias Clínicas de niños (as) menores de 10 años a quien se aplico estrictamente la guía Técnica para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo / Total de niños (as) menores de 10 años a quienes se atendió en consulta de crecimiento y desarrollo en la ESE en la Vigencia	$\geq 0,80$	0,5	Informe de Historias clínicas
GESTION CLINICA O ASISTENCIAL 40%	Reingreso por el servicio de urgencias	Número de consultas al servicio de urgencias, por la misma causa y el	$\leq 0,03$	0,05	Comité de calidad o quien haga

ASISTEN CIAL 40%		mismo paciente, mayor de 24 y menor de 72 horas / Total de consultas del servicio de urgencias en el periodo			sus veces
GESTION CLINICA O ASISTEN CIAL 40%	Oportunidad promedio en la atención de consulta médica general	Sumatoria total de los días calendarios transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita la cita, por cualquier medio, para ser atendido en la consulta médica general y la fecha para la cual es asignada la cita / Número total de consultas medicas generales asignadas en la institución	≤ 3	3	Reporte de la resolución 1446 de 2006 o la norma que lo sustituya

A. ÁREA DIRECCION Y GERENCIA.

Esta área incluye el análisis de los aspectos de direccionamiento estratégico, la autoevaluación cuantitativa y cualitativa en desarrollo del ciclo de preparación para la acreditación o del ciclo de mejoramiento de la Empresa Social del Estado en los términos del artículo 2 de la Resolución 2181 de 2008 o de la norma que lo sustituya, la efectividad en la Auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud, y la Gestión en la Ejecución del Plan de Desarrollo

Frente al **direccionamiento estratégico** se tiene en cuenta la existencia de herramientas de planeación y su grado de desarrollo y aplicación, la ejecución de los planes y la necesidad o no de ajustarlos para el período siguiente. Igualmente hace referencia a la existencia de mecanismos de evaluación de dichos planes, el cumplimiento de las metas establecidas en los mismos y la necesidad o no de ajustarlos para los periodos siguientes.

En relación con el **desarrollo del ciclo de preparación para la acreditación o el ciclo de mejoramiento de la ESE**, tomando como base el Anexo Técnico número 2 de la Resolución 1445 de 2006. La implementación de este componente exige que los procesos sean descritos, documentados y estandarizados.

En cuanto a la efectividad en la **Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud**, se hace necesario tomar como referencia lo

establecido en el artículo 32 del Decreto 1011 de 2006 y en las pautas indicativas de auditoría expedidas por el Ministerio de la Protección Social, que permiten evaluar y cerrar las brechas para el logro de los resultados esperados por los estándares de acreditación.

Frente a la **Ejecución del Plan de Desarrollo**, se hace necesario tomar como base los planes operativos anuales y las metas planteadas en los mismos, dando cumplimiento a los objetivos planteados para el periodo.

B. ÁREA FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA.

En cuanto a la gestión financiera, incluye el nivel de desarrollo de los procesos contables presupuestales, de costos, de tesorería, facturación y cartera, así como la oportunidad, confiabilidad y validez de la información que generan estos procesos, requerida para la toma de decisiones.

Frente a los resultados financieros, la gestión se encamina hacia el equilibrio operacional teniendo en cuenta índices de liquidez, endeudamiento, rotación de cartera, niveles de glosa, rotación de inventarios y todos aquellos mecanismos que permitan establecer claramente las condiciones financieras de la ESE, sus posibilidades a futuro y las limitantes existentes.

En relación con los procesos del área administrativa, se analizan, entre otros aspectos, la operación de los procesos de gestión de recursos humanos, recursos físicos, externalización de servicios y contratación de personal, sistema compras y apoyo logístico en áreas como son el servicio farmacéutico

El diagnóstico se establece para cada una de las áreas, y debe contener la totalidad de los indicadores definidos en el anexo técnico de la resolución 710 de 2012. Los resultados obtenidos son el punto de partida para la formulación del plan y se constituyen en la referencia para los futuros procesos de evaluación.

C. ÁREA GESTION CLINICA O ASISTENCIAL.

En esta área se analiza la composición del portafolio de servicios en función de las necesidades de la demanda, los volúmenes de producción, la

oportunidad en la atención, la utilización de la capacidad instalada y el análisis de la frecuencia de uso e intensidad de uso de servicios a partir del análisis de Registro Individual de Prestaciones (RIPS).

Con relación a las redes de prestación de servicios de las que hace parte la empresa, se analiza en función de los contratos de venta de servicios de salud a las diferentes entidades responsables del pago que operan en el sistema, se analiza el cumplimiento de las normas de referencia y contrareferencia establecidas por cada pagador.

Igualmente se realiza el análisis en el cumplimiento de las guías de manejo institucionales, comparándolas con las atenciones realizadas durante el periodo.

Para la evaluación del cumplimiento de estos indicadores se hace necesario el compromiso del comité de historias clínicas, el comité de calidad y los análisis realizados por el COVE territorial

IX. ESTRATEGIAS, METAS Y RESULTADOS POR ÁREAS

ESTRUCTURALES DEL PLAN DE GESTION.

I. AREA DE DIRECCION Y GERENCIA.

I-1 ESTRATEGIAS:

Para la vigencia 2012- 1016, la Gerencia, su equipo directivo y todos los funcionarios de la E.S.E., contando con el apoyo decidido de su Junta Directiva han establecido las siguientes estrategias, las cuales podrán ser medibles y evaluables en el tiempo, de tal forma que permitan realizar un adecuado seguimiento para verificar su grado de implementación. Estas estrategias y metas contendrán a su vez, las establecidas por la Resolución 710 de 2012 y su Anexo Técnico correspondiente

En la medida en que la calidad de los servicios de salud se convierta en un objetivo compartido por las personas dueñas de los procesos, se empieza a reflejar en nuestro actuar, la cultura del autocontrol, y autorregulación encaminados hacia el mejoramiento continuo, donde los procesos de auditoría y

evaluación de resultados son asumidos como actividades de acompañamiento orientados al logro de la calidad.

I-2 METAS:

AREA DE GESTION	NRO	TIPO DE ESE	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	META PLANTEADA	ESTANDAR PARA CADA AÑO	FUENTE DE INFORMACION
DIRECCION Y GERENCIA 20%	1	Nivel I	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 Empresa Social del Estado 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	1.20	≥ 1.20	Documento diligenciado del promedio de las autoevaluaciones de los estándares del sistema único de acreditación de la ESE
			Promedio de la calificación de la Autoevaluación de la vigencia anterior				
	2	Nivel I	Efectividad en la Auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud	Numero de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas	Total de Acciones de Mejoramiento programadas para la vigencia derivada de los planes de mejora del componente de auditoria	0.90	≥ 0.90
3	Nivel I	Gestión de Ejecución del Plan de Desarrollo	Numero de metas del Plan operativo Anual cumplidas		0.90	≥ 0.90	Informe del responsable de planeación de la ESE e informe de Revisoría Fiscal en el

								caso de existir, de los contrario, informe de control interno de la entidad
								Numero de Metas del Plan operativo Anual programadas

I-3 RESULTADOS Y PROYECTOS:

1. Implementación y desarrollo del ciclo de preparación para la acreditación
2. Efectividad en la Auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud implementada y desarrollada en la E.S.E
3. Desarrollo y Cumplimiento del Plan Operativo Anual por Áreas Estratégicas de desarrollo, ajustados por el equipo técnico directivo, coordinador del Plan de Desarrollo Institucional.
4. Seguimiento al Plan Estratégico de Desarrollo Institucional en ejecución, en todas sus áreas de desarrollo estratégico y sus respectivos objetivos estratégicos.
5. La garantía de calidad alienta un enfoque de trabajo en equipo para la solución de problemas y la mejora de la calidad
6. Orientar hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente y de la comunidad a la que sirve.
7. Comprometer al equipo de salud a que trabaje con las comunidades para satisfacer las demandas y promover la aceptación de los servicios preventivos necesarios. La planificación de programas y los esfuerzos subsiguientes de mejora de calidad deben evaluarse de acuerdo con estas necesidades y expectativas. Además, la garantía de calidad también requiere que se satisfagan las necesidades y expectativas de los trabajadores de salud que prestan los servicios de atención
8. Dar cumplimiento a los componentes y elementos básicos establecidos por el nuevo modelo estándar de control interno MECI 1000:2005 al finalizar la vigencia
- Elaboración e implementación del Plan de ajuste del sistema único de
9. habilitación. Este plan será implementado dando cumplimiento a lo establecido por el Decreto 1011 y resolución 1043 de 2006.

10. Implementar el plan de mejoramiento de garantía de la calidad en salud (PAMEC).
11. Dentro del proceso de Acreditación en Salud, realizar la autoevaluación de los estándares y determinar del plan de acción para la Acreditación Institucional

II. AREA FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA.

II-1 ESTRATEGIAS:

Para la vigencia 2012- 1016, la Gerencia, su equipo directivo y todos los funcionarios de la E.S.E., contando con el apoyo decidido de su Junta Directiva han establecido las siguientes estrategias, las cuales podrán ser medibles y evaluables en el tiempo, de tal forma que permitan realizar un adecuado seguimiento para verificar su grado de implementación. Estas estrategias y metas contendrán a su vez, las establecidas por la Resolución 710 de 2012 y su Anexo Técnico correspondiente

PRIMER OBJETIVO

Consolidar un sistema de gerencia por procesos.

ESTRATÉGIAS

1. Consolidando el sistema de planeación y administración por procesos.
2. Implantando la cultura de la Gerencia por procesos.
3. Generando y evaluando indicadores de gestión.

SEGUNDO OBJETIVO

Gestionar el fortalecimiento Financiero y Administrativo de la E.S.E, para alcanzar un equilibrio operacional mediante la optimización de sus recursos físicos, financieros y su talento humano.

ESTRATÉGIAS

1. Levantando un informe y evaluación de la situación financiera de la ESE Hospital San Antonio a 30 de junio del presente año.

2. Desarrollando un proceso de evaluación permanente de costos por producto y servicio
3. Capacitando a todos los empleados y trabajadores en los temas relacionados con la facturación de servicios y captura de la información.
4. Fortaleciendo el proceso de gestión de cartera mediante la depuración permanente y el cobro oportuno de la misma.

TERCER OBJETIVO

Fortalecer el Sistema de Control Interno, con la implementación del nuevo modelo estándar de Control Interno.

ESTRATEGIAS

1. Implementando el Modelo Estándar de Control Interno, según la normatividad correspondiente.
2. Capacitando a todo el personal sobre Control Interno, buscando desarrollar la cultura del autocontrol
3. Creando mecanismos de evaluación permanente para el mejoramiento del sistema de Control Interno

CUARTO OBJETIVO

Fortalecer el sistema de información de la ESE

ESTRATEGIAS

1. Desarrollando un sistema de información integrado que involucre las dependencias y servicios, permitiendo brindar información confiable y oportuna.
2. Desarrollando un sistema de recolección evaluación y análisis permanente de la información generada por la entidad.
3. Capacitando a todo el personal en informática y en desarrollo de procesos de información.
4. Mostrando resultados obtenidos trimestralmente

QUINTO OBJETIVO

Desarrollar una estrategia de mercadeo encaminada a mejorar la imagen institucional.

ESTRATEGIAS

1. Revisando y actualizando el portafolio de servicios
2. Revisando, evaluando y analizando el proceso de contratación de servicios de salud con las diferentes EPS.
3. Fortaleciendo los servicios rentables de la empresa.

SEXTO OBJETIVO

Realizar seguimiento a los procesos judiciales de la ESE.

ESTRATEGIAS

1. Inventariando los procesos judiciales y su estado actual.
2. Asignando oportunamente un responsable en el seguimiento de los mismos.
3. Solicitando informes periódicos del desarrollo de los procesos judiciales.
4. Estableciendo planes de contingencia de acuerdo a los informes del Asesor Jurídico.

SEPTIMO OBJETIVO

Mejorar el ambiente Organizacional del Hospital, mediante el fortalecimiento de su talento Humano, para crear una cultura organizacional fuerte y hacer de la Entidad un lugar excelente en el desarrollo del trabajo, de sus empleados.

ESTRATEGIAS

1. Estimulando el desarrollo personal y profesional del talento humano tanto asistencial como administrativo, a través de los programas de capacitación, inducción-reinducción, bienestar social, estímulos laborales.
2. Estableciendo mecanismos de participación de los trabajadores de la ESE, en la evaluación de los servicios, evaluación de costos, detección de riesgos y estrategias de mejora.
3. Mejorando continuamente las competencias del talento humano mediante un programa permanente de capacitación.

4. Mejorando el sistema de comunicación Organizacional.

OCTAVO OBJETIVO

Desarrollar un programa institucional de salud ocupacional

ESTRATEGIAS

1. Conformando y activando el comité de salud ocupacional
2. Estableciendo el mapa de riesgos de la Institución

II-2 METAS:

AREA DE GESTION	NRO	TIPO DE ESE	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	META PLANTEADA	ESTANDAR PARA CADA AÑO	FUENTE DE INFORMACION
FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA 40%	4	Nivel I	Riesgo Fiscal y Financiero	Categorización de la ESE por parte del Ministerio de Salud y Protección Social en cuanto a la categorización del Riesgo	Categorizada sin Riesgo	Categorizada sin Riesgo	Certificación Ministerio de Salud y Protección Social
	5	Nivel I	Evolución del gastos por unidad de valor relativo producida	(Gasto comprometido en el año objeto de la evaluación, sin incluir cuentas por pagar	0.90	< 0.90	Ejecución presupuestal reportada al sistema de información SIHO en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004, o la norma que lo sustituya, Ficha técnica de la Pagina WEB del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social
				/Numero de UVR producidas en la vigencia)			
				(Gasto comprometido en la vigencia anterior - en valores constantes del año objeto de la evaluación- sin incluir cuentas por pagar			
				/Número UVR producidas en la vigencia anterior)			

6	Nivel I	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	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 de mecanismos electrónicos Valor total de Adquisiciones de la E.S.E por medicamentos y material médico-quirúrgico	0.70	$\geq 0,70$	Informe del responsable del Área de compras, firmado por el Revisor Fiscal, en caso de no contar con Revisor Fiscal, firmado por el contador y el Responsable de control interno
7	Nivel I	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	<p>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 la evaluación.</p> <p>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 la evaluación)</p> <p>- (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)</p>	Cero (0)	Cero (0) o variación negativa	Certificación de Revisoría Fiscal, en caso de no contar con Revisor Fiscal, del contador de la ESE

8	Nivel I	Utilización de información de registro individual de prestaciones RIPS	Número 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.	1 por Trimestre	4	1) Informe del responsable de planeación de la ESE o quien haga sus veces, 2) Actas de Junta Directiva
9	Nivel I	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	1.00	≥ 1,00	Ejecución presupuestal reportada al sistema de información SIHO en cumplimiento del Decreto 2193 de 2044, o la norma que lo sustituya

10	Nivel I	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	2 al año o de acuerdo a requerimiento	Cumplimiento o dentro de los términos previstos	Superintendencia Nacional de Salud
11	Nivel I	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	7 al año	Cumplimiento o dentro de los términos previstos	Ministerio de Salud y Protección Social

II-3 RESULTADOS Y PROYECTOS:

1. Minimizar el riesgo fiscal y financiero de la entidad, teniendo en cuenta los parámetros establecidos por el Ministerio de la Protección Social
2. Garantizar el equilibrio en el gasto comprometido por unidad de valor relativo, realizando seguimiento a las actividades producidas y el gasto programado para realizarlas.
3. Promocionar e implementar en la entidad el proceso de compra de medicamentos y material médico quirúrgico a través de cooperativas de Empresas sociales del Estado o mecanismos electrónicos, tomando como referencia los parámetros y directrices que en esta materia refiera el Ministerio de la Protección Social.
4. Garantizar que el Valor de la deuda por concepto de salarios del personal de planta o externalización de servicios no sea superior a 30 días. Para el logro de esta meta se deben unir fuerzas directivas, gubernamentales y por parte de organismos de control que permitan garantizarle a la entidad el flujo de caja generado en el recaudo de la cartera por venta de servicios de salud a las entidades usuarias de los servicios de salud.
5. Garantizar el Diligenciamiento oportuno y correcto de los RIPS
6. Garantizar el equilibrio presupuestal de la entidad en la relación recaudo vs compromisos, que permita generar un flujo de caja adecuado y garantizar el pago de obligaciones contraídas.
7. Garantizar la entrega oportuna de informes a la Superintendencia Nacional de Salud en los términos y fechas establecidas por esta entidad
8. Garantizar la entrega oportuna de informes correspondientes al Decreto 2193 o norma que lo sustituya al Ministerio de la Protección Social en los términos y fechas establecidas por esta entidad.

III. AREA DE GESTION DE GESTION CLINICA O ASISTENCIAL.

III-1 ESTRATEGIAS:

Para la vigencia 2012- 1016, la Gerencia, su equipo directivo y todos los funcionarios de la E.S.E., contando con el apoyo decidido de su Junta Directiva han establecido las siguientes estrategias, las cuales podrán ser medibles y evaluables en el tiempo, de tal forma que permitan realizar un adecuado seguimiento para verificar su grado de implementación. Estas estrategias y

metas contendrán a su vez, las establecidas por la Resolución 710 de 2012 y su Anexo Técnico correspondiente.

La Gestión de la Prestación de Servicios de Salud son las relacionadas con el conjunto de procesos orientados a la prestación de servicios de salud a los usuarios, en concordancia con su nivel de complejidad, portafolio de servicios y capacidad resolutoria de cada entidad. Se materializan con el seguimiento a la implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud con enfoque en seguridad al paciente y con el desarrollo, en lo pertinente, de la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud.

PRIMER OBJETIVO

Cumplir con los estándares definidos en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud – SOGCS.

ESTRATÉGIAS

1. Verificando y manteniendo las condiciones de habilitación, según decreto 1011 de 2006.
2. Diseñando, elaborando e implementando todos los documentos, manuales, planes y programas que exige el sistema único de habilitación, para los procesos asistenciales ofrecidos por la ESE.
3. Operativizando los comités de obligatorio cumplimiento.
4. Evaluando permanentemente el mejoramiento del SOGC.

SEGUNDO OBJETIVO

Desarrollar e implementar programas orientados al cumplimiento de las políticas de salud pública del orden nacional, departamental y municipal.

ESTRATEGIAS

1. Diseñando, documentando e implementando los planes y programas que exige el Plan Nacional de Salud Pública.
2. Celebrando los convenios interinstitucionales que permitan el cumplimiento de las metas en Salud Pública, para el Municipio

TERCER OBJETIVO

Implantar la cultura de estilos de vida saludables con el desarrollo de los programas de salud preventiva.

ESTRATEGIAS

1. Evaluando la percepción del riesgo y satisfacción de la prestación de los servicios desde la perspectiva de los usuarios.

2. Desarrollando, por ciclo vital, a nivel individual y familiar, las acciones de protección específica y atención en salud en el plan obligatorio de salud POS de los regímenes contributivo y subsidiado

3. Desarrollando los programas de salud pública de intervenciones colectivas

III-2 METAS:

AREA DE GESTION	NRO	TIPO DE ESE	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	META PLANTADA	ESTANDAR PARA CADA AÑO	FUENTE DE INFORMACION
GESTION CLINICA O ASISTENCIAL 40%	12	Nive II	Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación	Número de mujeres gestantes a quienes se les realizó por lo menos una valoración médica y se inscribieron en el programa de atención prenatal de la ESE, a más tardar en la semana 12 de la gestación	0.85	≥ 0,85	Informe comité de Historias clínicas
				Total de mujeres gestantes identificadas			

13	Nive II	Incidencia de sífilis congénita en partos atendidos en la ESE	Numero de recién nacidos con diagnostico de sífilis congénita en población atendida por la ESE en la vigencia	0 Casos	0 casos	Concepto del COVE Territorial en el cual se certifique el nivel de cumplimiento de las obligaciones de la ESE en cada caso de sífilis
14	Nive II	Evaluación de la aplicación de la guía de manejo específica: Guía de atención de enfermedad hipertensiva	Número de Historias clínicas con aplicación estricta de la guía de atención de enfermedad Hipertensiva adoptada por la ESE	0.90	≥ 0,90	Informe comité de Historias clínicas
			Total de pacientes con Diagnostico de Hipertensión arterial atendidos en la ESE en la vigencia objeto de la evaluación			
15	Nive II	Evaluación de la aplicación de la guía de manejo de crecimiento y desarrollo	Número de Historias Clínicas de niños (as) menores de 10 años a quien se aplico estrictamente la guía Técnica para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo	0.80	≥ 0,80	Informe comité de Historias clínicas
			Total de niños (as) menores de 10 años a quienes se atendió en consulta de crecimiento y desarrollo en la ESE en la Vigencia			

16	Nive II	Reingreso por el servicio de urgencias	Número de consultas al servicio de urgencias, por la misma causa y el mismo paciente, mayor de 24 y menor de 72 horas	0.03	≤ 0,03	Comité de calidad o quien haga sus veces
			Total de consultas del servicio de urgencias durante el periodo			
17	Nive II	Oportunidad promedio en la atención de consulta médica general	Sumatoria total de los días calendarios transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita la cita, por cualquier medio, para ser atendido en la consulta médica general y la fecha para la cual es asignada la cita	3	≤ 3	Reporte de la resolución 1446 de 2006 o la norma que lo sustituya
			Número total de consultas medicas generales asignadas en la institución			

III-3 RESULTADOS Y PROYECTOS:

1. Seguimiento hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente y de la comunidad a la que sirve
2. Garantía en procesos de calidad centrados en los sistemas y procesos de prestación de servicios
3. establecer compromisos para determinar que necesitan los pacientes y la comunidad, que quieren y que esperan de los servicios de salud
4. Sostener la oportunidad de la asignación de citas para consulta medica general

5. Realizar búsqueda activas de gestantes, para poder garantizar el inicio temprano a los controles prenatales
6. Garantizar el tratamiento temprano a las gestantes con sífilis gestacional para disminuir la incidencia de sífilis congénita en el parto
7. Realizar la auditoria periódica de historias clínicas para evaluar la adherencia a guías clínicas sobre atención de enfermedad hipertensiva.
8. Desarrollar e Implementar el control de reingresos de pacientes con la misma patología en el servicio de urgencias.
9. Realizar la auditoria periódica de historias clínicas para evaluar la adherencia a guías clínicas sobre manejo de niños y niñas en el programa de crecimiento y desarrollo.
10. Evaluar las causas de reingresos al servicio de urgencias para definir planes de manejo, por consulta externa o por el programa de crónicos.
11. Hacer seguimiento a la gestión de EVENTOS ADVERSOS de la ESE

IX - ESTRATEGIAS, METAS Y RESULTADOS PROPUESTAS PARA LA VIGENCIA DEL PLAN DE GESTION.

En el cuadro anexo se evidencia la programación de metas propuestas para el cumplimiento del plan de gestión gerencial para la vigencia 2012 a 2016; la cual fue trabajada teniendo como herramienta el informe ejecutivo del Decreto 2193.

X - METAS PROPUESTAS INDICADORES DE CALIDAD.

NOMBRE DEL INDICADOR	LINEA BASE	UMBRAL NO DESEADO	META 2012	META 2013	META 2014	META 2015	META 2016
Oportunidad de la asignación de citas en la consulta médica general	3	5	3	3	3	3	3
Oportunidad en la atención en consulta de urgencias.	25	30	25	25	25	25	25
Oportunidad en la atención en consulta de odontología general	5	8	5	5	5	5	5
Oportunidad en la atención en servicios de Imagenología.	3	> 5	3	3	3	3	3

Tasa de reingresos de pacientes hospitalizados. (100)	2	3	2	2	2	2	2
Proporción de pacientes con hipertensión arterial controlada.	85	< 80	85	85	85	85	85
Tasa de mortalidad intrahospitalaria después de 48 horas (1000)	10	> 15	10	10	10	10	10
Tasa de infección intrahospitalaria	2	> 3	2	2	2	2	2
Proporción de vigilancia de eventos adversos.	90	80	90	90	90	90	90
Tasa de satisfacción global	90	85	90	90	90	90	90

MONICA LILIANA DIAZ HENAO
Gerente
ESE Hospital San Antonio de Villamaría