

**PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL E.S.E CARMEN EMILIA OSPINA  
2014- 2016**



**DR. DAVID ANDRES CANGREJO TORRES  
GERENTE ESE CARMEN EMILIA OSPINA**

**PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL E.S.E CARMEN EMILIA  
OSPINA 2014- 2015**

MIEMBROS DE JUNTA DIRECTIVA ESE CEO

DR. PEDRO HERNAN SUAREZ TRUJILLO— ALCALDE NEIVA  
PRESIDENTE

DRA. SANDRA MARCELA MUÑOZ LEGUIZAMO- SECRETARIA DE SALUD  
NEIVA – SECRETARIA

SR. HERNANDO OVIEDO POLO- REPRESENTANTE DE LOS USUARIOS DE  
LA E.S.E CARMEN EMILIA OSPINA

ING. JANETH CECILIA MENESES HOYOS- REPRESENTANTE  
ADMINISTRATIVA DE LA INSTITUCION

DRA. PATRICIA CASTRO CHARRY—REPRESENTANTE ASISTENCIAL DE  
LA INSTITUCION

DR. JAIME ENRIQUE VALBUENA VILLARREAL- REVISOR FISCAL

DR. DAVID ANDRES CANGREJO TORRES- GERENTE ESE CARMEN  
EMILIA OSPINA.

**EQUIPO DE COLABORADORES DE LA E.S.E. CON ENFOQUE DE  
PROCESOS**

DAVID ANDRES CANGREJO TORRES-GERENTE

GLORIA LENID TORO V.- SUBGERENTE  
LIDER DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO

JUAN LAGUNA CAMACHO  
SUBPROCESO PLANEACION

DUBER SANCHEZ JIMENEZ  
DEFENSA JUDICIAL

ESAIN CALDERON IBATA  
CORDINADOR DE GARANTIA DE LA CALIDAD

LINA MARIA VASQUEZ  
PROCESO GESTION DE CONTROL INTERNO

CESAR ALBERTO POLANIA SILVA  
ATENCION DEL CUIDADO EN LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD

FAIVER SEGURA OCHOA  
JEFE DE ZONA

LILIANA GONZALEZ BAHAMON  
JEFE DE ZONA

RAUL PEREZ SALAZAR  
JEFE DE ZONA

JORGE ENRIQUE ECHEVERRY  
JEFE LEIDY TATIANA NARVAEZ IPUZ  
DETECCION TEMPRANA Y PROTECCION ESPECÍFICA

MARIA DEL CARMEN GIL  
RIESGO CARDIOVASCULAR

ASTRID MAGALY PEÑA GRAFEE  
CORDINADORA ESTRATEGIA IAMI

JEFE ASTRID RIOS VARON  
PROCESO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

ENOC NOSCUE  
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

JANETH SOFIA ORTIZ LOZANO  
SISTEMA DE APOYO DE INFORMACION Y ATENCION AL USUARIO

DAGOBERTO BARRIOS  
GESTION PRESUPUESTO

RUTH DERY GARCIA SOL  
GESTION CARTERA

JAIME GONZALEZ  
GESTION CONTABILIDAD

NUBY LAMILLA  
GESTION COSTOS

HUMBERTO SERNA  
GESTION FACTURACION

EDUARDO BARON ZAMBRANO  
GESTION TESORERIA

CARMEN JAIMINIE MOSQUERA CERQUERA  
PROCESO GESTION TALENTO HUMANO

GESTION DE LA CONTRATACION

JANETH CECILIA MENESES HOYOS  
GESTION ALMACEN

JENNY NUÑEZ  
PROCESO TECNOLOGIA DE LA INFORMACION Y LA COMUNICACIÓN

MARTHA CECILIA CHAVARRO  
GESTION GESTION DATOS ESTADISTICOS

PILAR BERMEO  
MERCADEO COMUNICACIONES

LORENA  
PROCESO GESTION DE SALUD OCUPACIONAL Y MEDIO AMBIENTE

## TABLA DE CONTENIDO

PRESENTACIÓN.....	7
GENERALIDADES.....	7
CARACTERIZACIÓN DE LA DEMANDA Y DE LA OFERTA DE E.S.E CARMEN EMILIA OSPINA .....	9
CARACTERÍSTICAS DE DEMANDA: .....	9
CARACTERIZACIÓN DE LA OFERTA:.....	9
MARCO ESTRATEGICO .....	11
Misión .....	11
Visión.....	11
Objetivos Institucionales .....	11
Principios Corporativos .....	11
Estructura organizacional y funcional .....	13
ENFOQUE POR PROCESOS .....	16
RIESGO MAYORES QUE PUEDEN AFECTAR EL PLAN GERENCIAL .....	20
PROPÓSITO; METODOLOGÍA DE ELABORACIÓN Y APROBACIÓN DEL PLAN GERENCIAL.....	21
PROPÓSITO DEL PLAN .....	21
METODOLOGÍA DE ELABORACIÓN .....	21
• Gestión de Dirección y Gerencia:.....	21
• Gestión Financiera y Administrativa: .....	21
• Gestión Clínica o Asistencial:.....	22
Aprobación .....	22
Formulación Plan de Gestión de Dirección y Gerencia.....	23
Ciclo de preparación para la Acreditación .....	23
1. Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.....	24
2. Plan de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad .....	24

3. Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo .....	26
• Gestión Financiera y Administrativa: .....	27
4. Riesgo fiscal y financiero: .....	28
5. Evolución del gasto por unidad de valor relativo producida .....	28
6. Proporción de medicamento y material médico quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos; 1) compras conjuntas, 2)compras a través de cooperativas de empresas sociales del estado. 3) compra a través de mecanismos electrónicos. ....	30
7. Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios de planta y por contratación de contratación de servicios y variación del monto frente a la vigencia anterior.....	31
8. Utilización de la información de Registro Individual de prestaciones – RIPS. ....	32
9. Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo .....	33
10. Oportunidad en la entrega del reporte de información Circular Única Supersalud .....	34
11. Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya. ....	35
Gestión Clínica o Asistencial:.....	35
12. Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación	36
13. Incidencia de Sífilis congénita en partos atendidos en la ESE. ....	37
14. Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía de manejo de enfermedades hipertensivas. ....	38
15. Evaluación de aplicación de guía de manejo de Crecimiento y Desarrollo. ....	39
16. Reingresos por el servicio de urgencias. ....	40
17. Oportunidad promedio en la atención de consulta médica general .....	41

## PRESENTACIÓN

El alto grado de responsabilidad que imprime la dirección de los servicios de salud, aunado a los logros y desaciertos de la dinámica administrativa de los Hospitales públicos de Colombia, ha generado un avance de la gestión, administración y gerencia pública en las instituciones prestadoras de servicios de salud Estatales, no en vano por mandato legal estos centros han adquirido la categoría de Empresas Sociales del Estado. Es por ello que el presente Plan de Gestión, es la herramienta y marco de acción de la Gerencia de la – Empresa Social del Estado, CARMEN EMILIA OSPINA; durante el periodo 2014 -2015, que incorpora los compromisos que el gerente suscribe ante la junta directiva del Hospital, los cuales contienen aspectos relacionados con el cumplimiento en las metas de la gestión, viabilidad financiera, calidad y eficiencia en la prestación de los servicios.

El presente plan es diseñado y construido de acuerdo a los principios, políticas, y directrices del actual Sistema General de Seguridad Social en Salud, de igual forma recoge los lineamientos en materia de las políticas nacionales en salud, los objetivos y metas del milenio, el Plan de Desarrollo Neiva "Unidos para Mejorar" 2012 - 2015, y el Plan Territorial de Salud.

Así mismo, se desarrolló mediante una metodología participativa de los líderes de procesos y áreas, en donde se efectuó la consolidación y análisis de datos asistenciales, financieros, y de desarrollo organizacional, que permiten continuar con el cumplimiento de los objetivos estratégicos de la institución, las metas anuales y la plataforma estratégica que está aprobada en el plan de desarrollo 2012 – 2016 mediante ACUERDO No. 022 DE 2.012 (Noviembre 22 de 2.012).

La estructura de este plan gerencial se apoya en las tres áreas principales establecidas en la normatividad vigentes: Gestión de Dirección y Gerencia; Financiera y Administrativa, Gestión Clínica o Asistencial. La metodología de elaboración está fundamentada en la construcción sobre las bases axiológicas y teleológicas ya definidas en el plan de desarrollo de 2012 – 2016, para dar continuidad al proceso de planeación y desarrollo institucional, razón por la cual la recolección de la información se da sobre la fuente primaria o responsable del dato, adicionalmente un dialogo sobre el indicador y las acciones para mantener o mejorar el desempeño del mismo; posteriormente, se efectuó una consolidación, procesamiento y análisis de datos financieros, productividad, demanda y oferta, procesos prioritarios y de desarrollo organizacional que nos permite hacer ajustes al Plan De Desarrollo a la luz de las nuevas realidades que la organización tiene dos años después de haber sido aprobado el plan y adicionalmente con un nuevo enfoque de la Dinámica gerencial que inicia en este año 2014.

DAVID ANDRES CANGREJO TORRES –GERENTE

## **GENERALIDADES DE LA E.S.E CARMEN EMILIA OSPINA**

La ESE Carmen Emilia Ospina se encuentra ubicada en Neiva, capital del Departamento del Huila, fundada por Juan de Cabrera en 1539 en territorio que corresponde a Otás en 1551; el español Juan Alfonso la fundó de nuevo en el lugar donde hoy se encuentra, el 24 de Mayo de 1612; el capitán Diego de Ospina y Medinilla la fundó en forma definitiva. La ciudad está situada en una planicie sobre la margen derecha del río Magdalena, cruzada por el río del Oro y Las Ceibas. La ciudad de Neiva.

La ESE Carmen Emilia Ospina para la prestación de los servicios de salud que oferta cuenta con una infraestructura física distribuida por zonas: Sur, Oriente y Norte con una red de servicios en su área de influencia conformada por los siguientes centros y puestos de salud:

**ZONA SUR:** Cubre las comunas 6, 7, 8, y 14 con los centros y puestos de salud de:

- IPC y Santa Isabel
- El Triunfo, El Caguán, El Chapuro, y San Bartolo en el área rural

**ZONA NORTE:** Presta servicios de salud a las comunas 1, 2, 3, 9, 11 y 12 con los centros y puestos de salud de:

- Las Granjas, Eduardo Santos y Cándido Leguízamo en el área urbana
- San Luis, San Francisco, Fortalecillas, Peñas Blancas, San Jorge, Guacirco, Chapinero, Aipecito y Organos en la zona rural.

**ZONA ORIENTE:** Presta servicios de salud a las comunas 4, 5, 10 y 13 con los centros y puestos de salud de:

- Siete de Agosto y Las Palmas en el área urbana
- Vegalarga, El Cedral, Motilón, San Antonio de Anaconia, El Colegio, Piedra Marcada, Palacios, Santa Elena, Palestina en la zona rural



## **CARACTERIZACIÓN DE LA DEMANDA Y DE LA OFERTA DE E.S.E CARMEN EMILIA OSPINA**

### **CARACTERÍSTICAS DE DEMANDA:**

Según la ficha municipal de noviembre de 2013 del Departamento Nacional De Planeación;<sup>1</sup> Neiva cuenta con 337.848 habitantes (30,0% del departamento). De los cuales Afiliados al Sistema de Salud (septiembre 2013) presenta 194.353 personas al régimen Contributivo y 149.640 personas afiliadas al régimen Subsidiado.

LA E.S.E CARMEN EMILIA OSPINA es la única institución oficial de salud del municipio de Neiva que presta servicios de baja complejidad con mayor énfasis en los afiliados al régimen subsidiado de salud y no vinculados al sistema de Salud, denominados Vinculados, sin embargo, en el servicio de urgencias por su distribución de la infraestructura en 4 puntos cardinales de la ciudad hace que la población afiliada al régimen contributivo de salud también sea atendida en las centrales de urgencias.

En el año 2012 y 2013 se han dado varios fenómenos importantes que afectan en mayor o menor medida la demanda de los servicios que oferta la E.S.E CARMEN EMILIA, dentro de los más destacados está la salida del mercado de E.P.S del régimen subsidiado, en especial SOLSALUD E.P.S-S, ASMETSALUD E.P.S-S, ECOOPSOS-S, hechos que generan contracción de la demanda hacia los pocos aseguradores que persisten en el mercado, dejando espacio para posiciones dominantes en los procesos de negociación por parte de los pocos compradores de servicios, adicionalmente porque estos aseguradores han ido solidificando y construyendo instituciones de Salud de baja complejidad para atender sus afiliados.

### **CARACTERIZACIÓN DE LA OFERTA:**

Los servicios habilitados ante la Secretaria de Salud Departamental del Huila y que se ofertan de los centros de salud son:

1. Apoyo Diagnostico Imagenología
2. Hospitalización Estancia General
3. Laboratorio Clínico
4. Farmacia
5. Promoción y Prevención
6. Sala De Partos
7. Servicio Ambulatorio - Consulta Externa
8. Servicio De Ambulancia
9. Servicio Ambulatorio Salud Oral
10. Urgencias

---

<sup>1</sup><https://www.dnp.gov.co/Portals/0/mapainversion/Huila-m.pdf>

La última visita de verificación de condiciones de habilitación la realizó la Secretaria de Salud del Departamento del 9 de noviembre al 3 de diciembre de 2010, que dio como resultado el acta de medida preventiva 1004 de la SSD de 2010y en el año 2012 se realizó visita de inspección a las áreas de urgencias y obstetricia, mediante la cual se emitió la resolución 748 de junio de 2012, la cual ordena cierre de servicios de urgencias de Las Granjas; medida que fue levantada mediante resolución 1415 de 31 de agosto de 2012.

## ESTADOS FINANCIEROS

La ESE Carmen Emilia Ospina, a 31 de Diciembre de 2.013, presenta la siguientes estructura del balance y del estado de resultados

### BALANCE GENERAL A 31 DE DICIEMBRE DE 2013 ( Miles de \$)

#### ACTIVOS

Activos corrientes	18.100.334
Propiedad Planta y equipo	9.224.579
Otros Activos	<u>1.843.527</u>
Total activos	29.168.440

#### PASIVOS

Pasivo Corriente	3.031.102
Pasivos no corrientes	3.616.446
Patrimonio	<u>22.520.892</u>
Total Pasivo y patrimonio	29.168.440

### ESTADO DE RUSULTADOS DEL 1 DE ENERO AL 31 DICIEMBRE DE 2.013

Ingresos	30.011.594
Costos	16.866.942
Gastos	<u>8.078.893</u>
Resultado	5.065.759

## MARCO ESTRATEGICO

### Misión

Prestar servicios de salud de baja complejidad en el Municipio de Neiva, con talento humano idóneo, comprometido con la calidad, seguridad, innovación, responsabilidad social y protección al medio ambiente; brindando atención centrada en las personas, contribuyendo al bienestar y satisfacción de sus necesidades.

### Visión

En el año 2020 seremos reconocidos como empresa competitiva, sostenible social y económicamente, promoviendo desarrollo empresarial hospitalario, en armonía con el medio ambiente; ofreciendo un modelo de atención integral de baja y mediana complejidad, haciendo énfasis en programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, enfocada en la seguridad del paciente y humanización del servicio.

### Objetivos Institucionales

- Desarrollar estrategias que permitan articulación de las actividades en el marco de la Atención Primaria en Salud (APS).
- Prestar los servicios de salud con accesibilidad, oportunidad, pertinencia, seguridad y continuidad garantizando un modelo de atención integral en salud.
- Garantizar mediante el adecuado manejo gerencial, la rentabilidad social y financiera de la Empresa Social del Estado, ESE Carmen Emilia Ospina.
- Fortalecer la capacidad organizacional y empresarial de la ESE Carmen Emilia Ospina.

### Principios Corporativos

**Eficiencia:** Hará parte de nuestro desarrollo empresarial, como Empresa Social del Estado, la prestación de servicios teniendo como base, la optimización y oportunidad garantizando la máxima calidad a los usuarios.

**Universalidad:** Atenderemos a todos los usuarios que requieran de nuestros servicios, de acuerdo a nuestra capacidad Técnico -científica, sin distinción de raza, credo, costumbres u otras características culturales del medio.

**Solidaridad:** Estaremos prestos a las eventualidades, catástrofes o emergencias que puedan suceder, proporcionando a la población del municipio de Neiva la atención a la cual tiene derecho, con los recursos humanos y tecnológicos disponibles cualquiera sea su capacidad económica.

**Participación Social:** Los clientes internos y externos, contribuirán en alto grado a la consecución de nuestros objetivos, buscando implementar estrategias y mecanismos para que mancomunadamente logremos el bienestar de las personas y el mejoramiento de la calidad en los servicios de salud.

**Igualdad:** El acceso a los servicios de salud de la ESE Carmen Emilia Ospina, se garantizarán sin discriminación respetando las razones de cultura, sexo, raza, origen nacional, orientación sexual, religión, edad o capacidad económica.

**Obligatoriedad:** La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en salud será obligatoria para todos los residentes en el municipio de Neiva.

**Prevalencia de Derechos:** Estaremos prestos a cuidar, proteger y asistir a las mujeres en estado de embarazo, niños, niñas, adolescentes y adulto mayor, respetando sus derechos.

**Enfoque Diferencial:** Reconoceremos las poblaciones con características particulares en razón de su edad, género, raza, etnia, condición de discapacidad y víctimas de la violencia.

**Equidad:** Garantizaremos el acceso al Plan de Beneficios a los afiliados, independientemente de su capacidad de pago y condiciones particulares, evitando prestaciones individuales no pertinentes de acuerdo con criterios técnicos y científicos.

**Calidad:** Los servicios de salud que prestaremos a nuestros usuarios, serán de acuerdo con la evidencia científica, provistos de forma integral, segura y oportuna, mediante una atención humanizada.

**Progresividad:** Nuestros usuarios serán atendidos con calidad y referenciados de ser necesario, de acuerdo al Plan de Beneficios y la red de prestadores.

**Libre Escogencia:** Garantizaremos como parte integral de la red de Prestadores de Servicios de Salud, servicios con calidad.

**Sostenibilidad:** Las prestaciones de servicios de salud se garantizarán de acuerdo a la contratación con las diferentes EPS que operan el municipio de Neiva.

Transparencia: Las políticas y condiciones de prestación de los servicios de salud en la ESE Carmen Emilia Ospina serán públicas, claras y visibles.

Descentralización Administrativa: La ESE Carmen Emilia Ospina, es una institución en salud descentralizada, que comparte objetivos comunes con las direcciones territoriales de salud.

Complementariedad y Concurrencia: Se propiciará a los usuarios, la posibilidad de acceder mediante el sistema de referencia y contrareferencia a los distintos niveles de atención, garantizando así la complementariedad de las acciones y recursos en el logro de los fines del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Corresponsabilidad: Los usuarios de la ESE, deben propender por su autocuidado, por el cuidado de la salud de su familia y de la comunidad, por un ambiente sano, el uso racional y adecuado de los recursos y cumplir con los deberes de solidaridad, participación y colaboración.

Irrenunciabilidad: Todos los habitantes del Municipio de Neiva tienen el derecho a la seguridad social en salud, del cual no puede renunciarse ni total ni parcialmente.

Intersectorialidad: La ESE, trabajará de manera conjunta y coordinada con los diferentes sectores y organizaciones que de manera directa o indirecta, en forma integrada y continua, afectan los determinantes y el estado de salud de la población.

Prevención: Se garantizará un enfoque de la promoción y fomento de la salud y prevención de la enfermedad, lo que permitirá la articulación de las acciones con todos los actores comunitarios.

Continuidad: La ESE Carmen Emilia Ospina, velará por la atención continua de los usuarios, en busca de garantizar la calidad de vida e integridad.

#### Estructura organizacional y funcional

Mediante Decreto Municipal con fuerza de Acuerdo No. 472 de Diciembre 30 de 1999, "por medio del cual se organizan y/o fusionan las Empresas Sociales del Estado del Municipio de Neiva, en la Empresa Social del Estado Carmen Emilia Ospina adscrita a la Secretaría de Salud Municipal", se define la estructura organizacional y funcional, estructura que es desarrollada por la Junta Directiva mediante Acuerdo 04 del 28 de Febrero del 2000 "por medio del cual se adopta el estatuto de la Empresa Social del Estado Carmen Emilia Ospina del Municipio de Neiva"

La Empresa se organiza a partir de una estructura básica que incluye tres (3) áreas así:

**DIRECCION:** Conformada por la Junta Directiva y el Gerente. Tiene como finalidad mantener la unidad de objetivos e interés de la organización en torno a la misión y objetivos empresariales, identificar las necesidades y expectativas de los usuarios, determinar los mercados a atender, definir la estrategia de servicios, asignar recursos, adoptar y adaptar normas de eficiencia y calidad, controlando su aplicación en la gestión institucional y las demás funciones de dirección que exija el normal desenvolvimiento de la Empresa.

**ATENCION AL USUARIO:** Conformada por el conjunto de unidades orgánico – funcionales encargadas de todo el proceso de producción y prestación de servicios, con sus respectivos procedimientos y actividades, incluyendo la atención administrativa demandada por el usuario. Comprende la definición de políticas institucionales de atención, el tipo de recursos necesarios para el efecto, las formas y características de la atención y la dirección y prestación del servicio.

**DE LOGISTICA:** Comprenderá las unidades funcionales encargadas de ejecutar en coordinación con las demás áreas, los procesos de planeación, adquisición, manejo, utilización, optimización y control de los recursos humanos, financieros, físicos y de información, necesarios para alcanzar y desarrollar los objetivos de la Empresa y realizar el mantenimiento de la planta física y su dotación.

La E.S.E Carmen Emilia Ospina mediante acuerdo 06 de nueve de marzo de 2000, se adoptó el manual específico de funciones y requisitos de los diferentes empleos de la Planta de personal de la E.S.E, dicho manual se ha modificado mediante el acuerdo 010 de 2004; 012 de 2005 y acuerdo 06 de 2006. En la actualidad con una planta de 95 cargos, conformada por diversos tipos de vinculación, tal como se aprecia en el siguiente cuadro de detalle

<b>63</b>	<b>CARRERA ADMINISTRATIVA</b>
<b>7</b>	<b>TRABAJADORES OFICIALES</b>
<b>1</b>	<b>POR PERIODO</b>
<b>6</b>	<b>LIBRE NOMBRAMIENTO Y REMOCION</b>
<b>14</b>	<b>PROVISIONALIDAD</b>
<b>4</b>	<b>VACANTES</b>

Fuente: Informe Gestión Gerencia 2013

Como se puede observar la planta de personal es insuficiente para cubrir los requerimientos de la operación en especial los procesos misionales de prestación de servicios de salud razón por la cual se contrata personal bajo la modalidad de prestación de servicios y bajo la modalidad de outsourcing los servicios aseo, vigilancia, farmacia.

## **ENFOQUE POR PROCESOS**

La Gerencia De La E.S.E. Carmen Emilia Ospina mediante resolución 267 del 5 de noviembre de 2013 se actualiza el manual de procesos y procedimientos de la ESE CARMEN EMILIA OSPINA dentro del marco del Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005, Sistema de Gestión de Calidad y Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad" en ella se establecen macroprocesos, procesos, subprocesos los siguientes:

### **I. NIVEL: DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y AUTOEVALUACION**

#### **I.I PROCESO: GESTION GERENCIAL Y ESTRATEGICO**

##### **SUB PROCESO:**

- Planeación
- Mercadeo
- Comunicaciones
- Defensa Judicial

#### **I. 2. PROCESO: GESTION DE LA CALIDAD ESTRATEGICA**

##### **SUB PROCESO:**

- Gestión de la información
- Gestión Habilitación
- PAMEC
- Seguridad del Paciente
- Gestión de Acreditación
- Evaluación y Seguimiento
- Aprendizaje Institucional

#### **1.3 PROCESO: GESTION CONTROL INTERNO ESTRATEGICO.**

##### **SUB PROCESO:**

- Gestión de Control Interno

### **II. NIVEL: ATENCION CUIDADO EN LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD O MISIONAL**

#### **II.I PROCESOS: SERVICIO AMBULATORIO.**

##### **SUB PROCESO:**

- Medicina General
- Odontología
- Servicios Complementarios



## II.2 PROCESO: ESTRATEGIAS DE INTERVENCION COMUNITARIAS (EIC)

### SUB PROCESO:

- Detección temprana y protección específica
- Riesgo Cardiovascular
- IAM
- Programas Especiales
- Contratos Interadministrativos

## II.3 PROCESO: SERVICIOS DE URGENCIAS

### SUB PROCESO:

- Gestión del Servicio de Urgencias

## II.4 PROCESO: SERVICIOS HOSPITALARIOS

### SUB PROCESO:

- Hospitalización baja complejidad
- Obstetricia de baja complejidad

## II.5 PROCESO: APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO ( ADT )

### SUB PROCESO:

- Imagenología
- Laboratorio Clínico
- Laboratorio de Citologías.
- Soporte terapéutico

## II.6 PROCESO: VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

### SUB PROCESO:

- Monitoreo Clínico epidemiológico

## II.7 PROCESO: SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA:

### SUBPROCESOS:

- Referencia y contrareferencia
- Transporte Asistencial Básico

## II.8 PROCESO: SISTEMA DE APOYO DE INFORMACION Y ATENCION AL USUARIO.

### SUB PROCESO:

- Línea de frente
- Monitoreo de servicios
- Participación ciudadana

### III. NIVEL: BASE O DE APOYO

#### III.1 PROCESO: GESTION FINANCIERA

##### SUB PROCESO:

- Gestión Presupuesto
- Gestión cartera.
- Gestión contabilidad
- Gestión Costos.
- Gestión facturación.
- Gestión Tesorería.

#### III.2 PROCESO: GESTION TALENTO HUMANO

##### SUB PROCESO:

- Gestión Administración personal.
- Gestión Desarrollo institucional.
- Gestión Programas de Extensión

#### III.3 PROCESO: GESTION BIENES Y SERVICIOS

##### SUB PROCESO:

- Gestión de Contratación
- Gestión almacén.
- Gestión Infraestructura y equipos.
- Gestión Servicios Administrativos

#### III.4 PROCESO: TECNOLOGIA DE LA INFORMACION Y COMUNICACIÓN

##### SUB PROCESO:

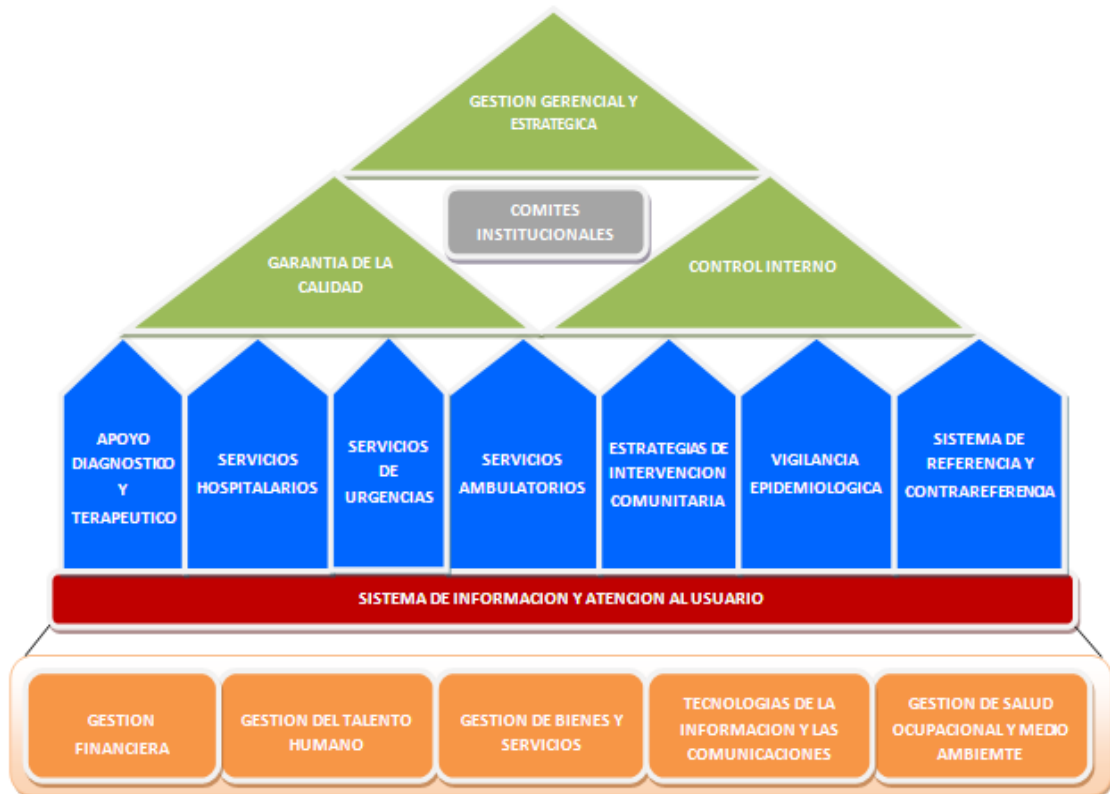
- .. Gestión Sistema informático.
- Gestión Datos estadísticos.
- Gestión Documental

#### III.5 PROCESO: GESTION SALUD OCUPACIONAL Y MEDIO AMBIENTE

##### SUB PROCESO:

- Gestión Seguridad Industrial y Salud Ocupacional.
- Gestión Ambiental.

## Grafica mapa de procesos de la E.S.E CARMEN EMILIA OSPINA



Del enfoque de procesos de la organización es importante resaltar que los líderes o responsables de Macroprocesos, algunos, no tienen dentro de la estructura organizacional personal de la planta de la empresa y aún falta mayor amplitud y despliegue del enfoque de procesos en armonía con la distribución funcional de la E.S.E CARMEN EMILIA OSPINA. Adicionalmente es importante realizar ajustes e identificar las necesidades y expectativas de los usuarios en el modelo de Mapa de procesos y del enfoque de los Macroprocesos; mediante la aplicación de una revisión de la alta dirección al sistema de Calidad de la Organización.

## **RIESGO MAYORES QUE PUEDEN AFECTAR EL PLAN GERENCIAL**

Aumento de costos de la operación por la entrada en servicio de las unidades Hospitalarias de la comuna seis y nueve.

Riesgo jurídico por el aumento de demandas y posibles condenas por casos de responsabilidad médica y de contratos realidad.

Contracción del mercado de compradores de servicios de E.P.S subsidiada hacia un mercado monopólico

Disminución de los recursos de la población pobre no asegurada, por la cobertura universal de afiliados al régimen subsidiado.

Aumento de la población flotante urbana con necesidades de servicios de salud, sin pagadores definidos.

Aumento de la incidencia y prevalencia de enfermedades tropicales producidas por vectores y urbanización de las mismas.

Aumento de la demanda de servicios de salud causado por los factores determinantes de la salud ajenos al dominio de la E.S.E CARMEN EMILIA OSPINA.

Disminución del flujo corriente de recurso por venta de servicios de salud por cambio en la modalidad de contratación.

## **PROPÓSITO; METODOLOGÍA DE ELABORACIÓN Y APROBACIÓN DEL PLAN GERENCIAL**

### **PROPÓSITO DEL PLAN**

Establecer los compromisos de gestión, acorde a lo ordenado en la Ley 1438 de 2011 y la Resolución 743 de 2013 y sus anexos técnicos, en lo correspondiente a la presentación, aprobación y evaluación del Plan de Gestión que debe ser ejecutado por el Gerente de la E.S.E CARMEN EMILIA OSPINA, Dr. David Andrés Cangrejo Torres, durante el periodo 2014-2016, para el cual fue nombrado mediante el Decreto 0185 de 26 febrero de 2014 y acta de posesión del 0071 de 28 febrero de 2014.

### **METODOLOGÍA DE ELABORACIÓN**

La Resolución 710 de 2012 y 743 de 2013 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, define las condiciones y metodología para la elaboración y presentación del plan de gestión por parte de los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado. Este documento refleja los compromisos, metas y actividades que el Gerente presenta ante la Junta Directiva del Hospital para el periodo 2014-2015 y es aquel en donde se consolida de manera cuantitativa los compromisos para el período gerencial, estableciendo entre otros aspectos las metas de gestión y resultados relacionados con la viabilidad financiera, la calidad y eficiencia en la prestación de los servicios, en las siguientes áreas:

- **Gestión de Dirección y Gerencia:**

Cumplimiento de logros estratégicos, Desarrollo e implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

- **Gestión Financiera y Administrativa:**

Son las relacionadas con el conjunto de procesos orientados a la administración de los recursos requeridos para la adecuada prestación de los servicios de

salud. La Gestión Administrativa se encuentra alineada con la perspectiva de desarrollo.

• **Gestión Clínica o Asistencial:**

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.

La formulación del Plan por área de gestión incluye la identificación del indicador, seguido del diagnóstico o situación actual, su fórmula, actividades y acciones a desarrollar, estándar, línea base y los logros para la vigencia 2014-2015, así como las observaciones con relación al indicador, en los casos en que aplica.

Es importante anotar que para la formulación de las metas del primer año (2014) se contempló el tiempo efectivo para la ejecución de las actividades incluidas en las metas, debido a que la primera vigencia fiscal del Plan de Gestión, no cuenta con el año completo por parte del gerente actual, y las condiciones de operación presentadas en el primer semestre difieren mucho del segundo limitando las posibilidades de gestión e impactando los resultados de los indicadores.

Por otra parte la situación económica, financiera y el presupuesto de la vigencia 2014 está comprometido parcialmente, por lo que la operación gerencial no se garantiza al cierre total de la vigencia fiscal; razón por la cual el año 2014 no es evaluable según lo sostiene la resolución 743 de 2013.

**Aprobación**

Para la aprobación del plan de gestión, se siguen los lineamientos establecidos por la Ley 1438 de 2011 y la resolución 743 de 2013.

El Gerente del Hospital de la ESE CARMEN EMILIA, presenta el proyecto del Plan de Gestión, dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a su posesión.

La Junta Directiva del Hospital deberá aprobar el plan de gestión dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su presentación.

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

En caso que la Junta Directiva no apruebe el proyecto de plan de gestión durante el término establecido, el plan de gestión inicialmente presentado por el gerente se entenderá aprobado.

## FORMULACIÓN PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL

### Gestión de Dirección y Gerencia

#### Ciclo de preparación para la Acreditación

La implementación del Sistema Único de Acreditación busca el logro de niveles superiores de calidad, en la prestación de servicios de salud, y se realiza en forma conjunta con la implementación del PAMEC con enfoque frente estándares de Acreditación para lograr Niveles superiores de Calidad, el MECI y los demás subsistemas del Sistema Integrado de Gestión de Calidad. En este recorrido se han realizado a la fecha dos autoevaluaciones (diciembre 2012 y diciembre de 2013) de los grupos de estándares aplicables a la E.S.E como IPS, con la participación de los grupos de autoevaluación y mejora.

Durante el mes de diciembre de 2012 se realizó la primera Autoevaluación a los 158 estándares, la cual arrojó un resultado promedio de los grupos de estándares 1,33 aplicando el nuevo manual Ambulatorio y Hospitalario establecido mediante la Resolución 123 de 2012 del Ministerio de la Protección Social. Para ello se realizaron talleres de capacitación a los grupos de mejora en la metodología de autoevaluación (cualitativa y cuantitativa). Con los resultados se aplicó la Matriz de priorización, y se realizó el Programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad.

En el mes de enero de 2014, se llevó a cabo la segunda autoevaluación de estándares de Acreditación, por medio del grupo de calidad de la E.S.E CARMEN EMILIA y solo se autoevaluaron los 74 estándares asistenciales de la resolución 123 de 2012<sup>2</sup>. Dando como resultado promedio la calificación de 1.59 de los asistenciales. El equipo estableció que la evaluación de los estándares de apoyo del año 2013 se mantiene la misma calificación 1,36, razón por la cual al promediar (1.59 y 1.36) el resultado es 1.47; dato que se toma para el año 2013.

Bajo este escenario y como en el año 2013, la autoevaluación no se realizó conforme la metodología de la Guía de acreditación establecida por el Ministerio de Salud, se toma como base el resultado del año 2012.

---

<sup>2</sup> Fuente: informe de gestión año 2013 proceso Garantía de Calidad.

## 1. Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior

INDICADOR (1)	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior		
FORMULA	Promedio de la calificación de la autoevaluación en la vigencia evaluada / Promedio de la calificación de autoevaluación de la vigencia anterior		
ACTIVIDADES Y ACCIONES PARA EL LOGRO EN LA VIGENCIA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Educar y capacitar a los equipos de autoevaluación institucional.</li> <li>• Realizar la autoevaluación institucional con todos los estándares de acreditación.</li> <li>• Redefinir y desplegar la política de seguridad del paciente.</li> <li>• Redefinir y desplegar la política de humanización del servicio.</li> <li>• Gestionar y manejar el riesgo de la atención en salud.</li> <li>• Evaluar y controlar la seguridad del paciente y la humanización del servicio.</li> </ul>		
ESTANDAR PROPUESTO	LINEA DE BASE	LOGROS PARA LA VIGENCIA	
		2014	2015
Mayor o igual 1,20	1.3	1.3	1.6

Frente a este indicador se pretende lograr el mejoramiento de la calidad en la prestación de servicios de salud, evidenciado en la valoración progresiva de la calificación cualitativa y cuantitativa de los estándares de acreditación, razón por la cual, se espera para el año 2014 mantener el promedio de 1.3 y el año 2015 a 1.6. el nivel esperado de mejora, esto obliga a la institución a ajustar su planeación e implementar estrategias durante el periodo de gestión.

## 2. Plan de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad

El Hospital ha definido dos mecanismos para el seguimiento y evaluación del cumplimiento de los planes de mejora derivados de la autoevaluación de los estándares de acreditación:



El primero se realiza por la Oficina de Gestión de Calidad, quien ejecuta desarrollo y el monitoreo de los Planes de mejora, revisando con los líderes la eficacia en el cumplimiento de acciones, a su vez, hace seguimiento a la efectividad a través del resultado de los indicadores relacionados con el grupo de estándares trabajados en las oportunidades de mejora, estableciendo no solo cumplimiento de las acciones del plan de mejora sino el impacto que se espera como institución producto de la implementación de dichas acciones.

El otro mecanismo lo realiza la oficina de control interno quien desarrolla seguimiento y monitoreo de manera mensual, y el informe consolidado del estado de avance de los planes de mejora, presentado por la Oficina de Gestión de Calidad.

INDICADOR (2)	Efectividad en la Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud		
FORMULA	Número de acciones de mejora ejecutados derivadas de las auditorías realizadas/total de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoría -PAMEC.		
ACTIVIDADES Y ACCIONES PARA EL LOGRO EN LA VIGENCIA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar las posibles barreras o limitantes de las acciones de mejoramiento establecidas</li> <li>• Priorizar los estándares de acreditación de alto impacto (oportunidades de mejora) y definir las acciones de mejoramiento</li> <li>• Definir cronograma de ejecución de la acciones de mejoramiento</li> <li>• Hacer el seguimiento al cumplimiento y avance en las acciones de mejora establecidas.</li> <li>• Realizar la retroalimentación a los equipos de mejora y tomar los ajustes necesarios cuando se presenten desviaciones.</li> <li>• Consolidar y presentar informe mensual de seguimiento a control interno</li> </ul>		
ESTANDAR PROPUESTO	LINEA DE BASE	LOGROS PARA LA VIGENCIA	
		2014	2015
≥ 90%	87	≥90%	≥ 90%

Este indicador está orientado a lograr en el los dos años (2014-2015) un cumplimiento como mínimo del 90%, en la ejecución de los planes de

mejoramiento continuo implementados con enfoque en acreditación, para ello se debe unificar los planes de mejora del PAMEC.

### **3. Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo**

El plan de desarrollo institucional fue aprobado mediante ACUERDO No. 022 DE 2.012 y es la carta de navegación de la institución que le permite al gerente y su equipo directivo tomar decisiones oportunas, razón por la cual ante las nuevas realidades financieras del mercado se hace necesario modificar algunos objetivos, metas y acciones del citado plan; porque la planeación nace de la información que se tiene tanto del ambiente externo como interno y del diagnóstico situacional de la institución para saber en dónde estamos y a donde queremos llegar.

En este contexto es importante resaltar que la E.S.E CARMEN EMILIA OSPINA de primer nivel de atención, ante las nuevas realidades del entorno debe fortalecer acciones desde la reformulación del modelo de atención, formular e implementar un sistema de gestión financiera para la optimización de los recursos que garantice la sostenibilidad de la ESE, desarrollar el sistema integrado de gestión de calidad - enfocado en los estándares de acreditación en salud, implementar un modelo de gestión del conocimiento e innovación, que permita lograr la visión institucional.

Lo anterior a partir de tres pilares diferenciadores de nuestro estilo gerencial: Atención Humanizada, Corresponsabilidad con la academia y el respeto por el aprendizaje organizacional adquirido; en armonía con la esencia dinamizadora de la planeación estratégica.

Si bien es cierto, el Plan De Desarrollo Institucional precisa las acciones que se deben realizar en función de los factores de riesgo, también lo es que frente a las situaciones cambiantes del entorno principalmente de tipo normativo y financiero (venta de servicios en pocos pagadores, entrada en operación de dos Nuevas unidades Hospitalarias, cambio en los modelos de contratación, ampliación del Plan Obligatorio de Salud, riesgo Jurídico, reorganización funcional ), se hace necesario que dicho plan sea modificado, buscando alternativas que permitan realizar los ajustes correspondientes.

INDICADOR (3)	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo		
FORMULA	No. metas del Plan Operativo Anual Cumplidas / No. Metas Plan Operativo Anual Programadas		
ACTIVIDADES Y ACCIONES	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modificar el Plan de Desarrollo Institucional 2012- 2016 bajo una estructura que garantice la gestión y el control estratégico de la ESE (Cuadro de Mando Integral)</li> <li>• Formular los POAS por procesos incluyendo metas de producción, garantizando el despliegue del Plan de Desarrollo Institucional 2012 - 2016.</li> <li>• Consolidar la ejecución del Plan de Desarrollo Institucional a través del seguimiento de las actividades y avances de los POA por proceso de la vigencia.</li> <li>• Realizar los análisis de causa, estableciendo y ejecutando los planes de mejora cuando se presentan resultados no deseados o desviaciones no previstas.</li> <li>• Elaborar y presentar informe de ejecución y gestión a Junta Directiva, Entes de Control, y ciudadanía en general, a través de los mecanismos formales y de rendición de cuentas.</li> </ul>		
ESTANDAR PROPUESTO	LINEA DE BASE	LOGROS PARA LA VIGENCIA	
		2014	2015
≥ 90%	90	>90	>90

Para lograr la sostenibilidad financiera y organizacional, se debe plantear modificaciones al plan de desarrollo institucional

**• Gestión Financiera y Administrativa:**

La E.S.E CARMEN EMILIA OSPINA, en el año 2013 muestra resultados importantes y favorables en su sostenibilidad fiscal y financiera que la llevan a estar ubicada en la categoría SIN RIESGO; mediante la metodología que tiene establecido el ministerio de Salud y protección social, sin embargo la situación de fragilidad que tiene el sector salud en el país en la cual Neiva no es la excepción; donde hay un crecimiento de los prestadores de servicio (IPS) y la contracción del mercado de los pagadores (E.P.S) hace necesario que la E.S.E diversifique su portafolio de servicios enfocados a la Salud pública y los servicios asistenciales complementarios denominados de mediana complejidad redefiniendo su portafolio de servicios, adicionalmente los riesgo latentes de tipo judicial y la apertura de dos nuevas unidades hospitalarias en la comuna 6 y 9 sin más población contratada hace necesario generar nuevas dinámicas contractuales para evitar resultados negativos al final del ejercicio fiscal del 2014 y 2015 como efectivamente fueron estimados en el Plan De Desarrollo 2012 – 2016 en el análisis Proyección de ingresos y gastos

#### 4. Riesgo fiscal y financiero:

INDICADOR (4)	Riesgo fiscal y financiero		
FORMULA	Adopción del programa de saneamiento fiscal y financiero		
ACTIVIDADES Y ACCIONES PARA EL LOGRO EN LA VIGENCIA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Optimizar la capacidad instalada a fin de lograr un incremento en la producción y ampliación de oferta de servicios</li> <li>• Realizar modificación a tarifas de venta de servicios Y modelos de contratación.</li> <li>• Realizar enfoque a nuevos mercados de servicios de salud.</li> <li>• Reportar información oportuna, veraz y confiable al MSP y entes reguladores</li> <li>• Mejorar el proceso de facturación, radicación y respuesta de glosas.</li> <li>• Fortalecer el recaudo mediante el mejoramiento en el proceso de gestión de cobro de cartera</li> <li>• Generar lineamientos de austeridad, control y racionalidad en el gasto.</li> <li>• Sensibilizar a los funcionarios en el uso racional, adecuado y efectivo de los recursos.</li> <li>• Prevenir el daño antijurídico.</li> </ul>		
ESTANDAR PROPUESTO	LINEA DE BASE	LOGROS PARA LA VIGENCIA	
		2014	2015
Sin riesgo	Sin riesgo	Sin riesgo	Sin riesgo

#### 5. Evolución del gasto por unidad de valor relativo producida

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

INDICADOR ( 5 )	Evolución del gasto por unidad de valor relativo producida		
FORMULA	Gasto comprometido en el año evaluado, sin c x p / No. UVR producidas en el año evaluado / Gasto comprometido en el año anterior sin c x p, en \$ constantes / No. UVR producidas en el año anterior		
ACTIVIDADES Y ACCIONES PARA EL LOGRO EN LA VIGENCIA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisar y alinear la capacidad instalada vs producción</li> <li>• Verificar sistema de información, la trazabilidad de la atención y la revisión de la facturación por los servicios prestados</li> <li>• Verificar los costos de producción acorde a los servicios prestados por Unidad funcional y subproceso</li> <li>• Establecer puntos de control en los diferentes procesos financieros y productivos</li> </ul>		
ESTANDAR PROPUESTO	LINEA DE BASE Dato año 2013	LOGROS PARA LA VIGENCIA	
		Año 2014	Año 2015
< 0,90	No dato 2013	< 0,90	< 0,90

Este indicador en para el año 2013 no se ha emitido resultado por parte del ministerio de Salud en la página oficial, razón por la cual no se puede ubicar línea base ni una meta específica sin embargo se buscara mantener estar por debajo de 0.90. Ahora bien ante la entrada en operación de las dos nuevas unidades hospitalarias, mientras inicia y se afianza en el mercado los costos de cada unidad o servicio producido en dichas unidades será mayor lo que afectara este indicador sustancialmente.

**6. Proporción de medicamento y material médico quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos; 1) compras conjuntas, 2)compras a través de cooperativas de empresas sociales del estado. 3) compra a través de mecanismos electrónicos.**

INDICADOR (6)	Proporción de medicamento y material médico quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos; 1) compras conjuntas, compras a través de cooperativas de empresas sociales del estado. 3) compra a través de mecanismos electrónicos.		
FORMULA	Valor total adquisiciones de medicamento y material médico quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos; a) compras conjuntas, b) compras a través de cooperativas de empresas sociales del estado. c) compra a través de mecanismos electrónicos / Valor total adquisiciones de la ESE por Medicamentos y Material Médico quirúrgico.		
ACTIVIDADES Y ACCIONES PARA EL LOGRO EN LA VIGENCIA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actualizar manual de contratación acorde con las normas vigentes, incluido el uso del comercio electrónico y otros.</li> <li>• Establecer estrategias de negociación y convenios que permitan la adquisición de medicamentos e insumos cumpliendo la norma</li> <li>• Implementar metodología de control y seguimiento</li> </ul>		
ESTANDAR PROPUESTO	LINEA DE BASE	LOGROS PARA LA VIGENCIA	
		2014	2015
≥ 0,70	0	0	>0,70

En la actualidad la E.S.E CARMEN EMILIA no cumple este indicador Gerencial por múltiples razones dentro de las cuales podemos destacar las siguientes: la modalidad de contratación del servicio farmacéutico se realiza bajo la modalidad de outsourcing; la E.S.E no pertenece asociaciones de E.S.E; Y no

se tiene implementado compra por mecanismos electrónicos; motivo por el cual se iniciaran las gestiones necesarias para en el año 2014 establecer las bases y poder cumplir con el indicador en el año 2015.

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

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

INDICADOR (7)	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios de planta y por contratación de contratación de servicios y variación del monto frente a la vigencia anterior.		
FORMULA	$\left\{ \left( \text{Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios con corte a 31 de Diciembre de la vigencia objeto de la evolución} \right) - \left( \text{Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios con corte a 31 de Diciembre de la vigencia anterior en valores constantes} \right) \right\}$		
ACTIVIDADES Y ACCIONES PARA EL LOGRO EN LA VIGENCIA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestionar los recursos suficientes que garanticen liquidez al Hospital</li> <li>• Cumplir y hacer cumplir las obligaciones laborales de conformidad con las disposiciones legales y de contratación.</li> <li>• Hacer seguimiento a los pagos en los términos establecidos</li> </ul>		
ESTANDAR PROPUESTO	LINEA DE BASE	LOGROS PARA LA VIGENCIA	
Cero (0) o variación negativa	Cero	2014 Cero	2015 Cero

## 8. Utilización de la información de Registro Individual de prestaciones – RIPS.

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

El RIPS provee los datos que se requieren para hacer seguimiento a la prestación de servicios de salud en el marco del SGSSS. Su objetivo es servir de herramienta para la determinación del perfil de morbilidad y producción de servicios. Razón por la cual se deben hacer incesantes esfuerzos para obtener información del Sistema de Información actual que permita la más adecuada planeación y organización de la prestación de servicios de salud,

INDICADOR (8)	Utilización de la información de Registro Individual de prestaciones – RIPS		
FORMULA	Número de informes de análisis de prestación de servicios de la ESE a la Junta Directiva con base en RIPS en la vigencia		
ACTIVIDADES Y ACCIONES PARA EL LOGRO EN LA VIGENCIA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisar la base de datos y actualizar la parametrización de los módulos del sistema de información.</li> <li>• Socializar, sensibilizar y retroalimentar a los profesionales de salud en el registro de la información.</li> <li>• Procesar, validar y analizar el dato que corresponda a cada comité</li> <li>• Consolidar y analizar la información generada en los RIPS, con presentación de informe a la Junta Directiva</li> </ul>		
ESTANDAR PROPUESTO	LINEA DE BASE	LOGROS PARA LA VIGENCIA	
		2014	2015
4 informes	4 informes	3 informes	4 informes

Este Plan de Acción estará centrado en el mejoramiento de la calidad, oportunidad y efectividad en el proceso de recolección, procesamiento, validación y análisis del dato, para la generación de información confiable y válida que permita generar conocimiento sobre la situación de salud de la población y de esta manera orientar de manera efectiva nuestra oferta de servicios y la de la red, así como el desarrollo de nuevos servicios, orientación de los planes y programas de mercadeo, y los programas de salud pública.



La meta planteada para este indicador se circunscribe a tres informes para el 2014, teniendo en cuenta que solo resta nueve meses para su finalización.

### 9. Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo

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

Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo			
INDICADOR (9)			
FORMULA	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia. ( incluye recaudo de c x c vigencias anteriores)/valor de la ejecución de gastos comprometidos incluyendo cuentas por pagar de vigencias anteriores.		
ACTIVIDADES Y ACCIONES PARA EL LOGRO EN LA VIGENCIA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Definir el plan de ventas acorde a capacidad instalada.</li> <li>• Verificar contratación actual y definir política de venta de servicios.</li> <li>• Maximizar la productividad de la capacidad instalada.</li> <li>• Armonizar la producción, la facturación y el recaudo.</li> <li>• Evaluar el plan anual de compras y su comportamiento.</li> <li>• Implementar un Plan de Austeridad del Gasto.</li> <li>• Verificar los costos de producción acorde a los servicios prestados.</li> </ul>		
ESTANDAR PROPUESTO	LINEA BASE	DE LOGROS PARA LA VIGENCIA	
		2014	2015
≥ 1,0	1,24	>1	>1

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

Si bien es cierto la E.S.E Actualmente tiene un buen indicador de recaudo por la medidas tomadas por el Ministerio de Salud en cuanto a giros directos por la capitación, esto se puede ver afectado al contratar la venta de servicios por evento donde se puede dar una disminución del 50% de los ingresos corrientes aunado al aumento de la cartera producto de las glosas

Adicionalmente el impacto en el costo de la operación en más de mil quinientos millones de pesos al poner en funcionamiento la unidad Hospitalaria de la comuna seis permite inferir que el comportamiento de este indicador se torna a ser menor de uno en el año 2014 Tal como lo avizora el plan de desarrollo vigente.

### **10.Oportunidad en la entrega del reporte de información Circular Única Supersalud**

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

INDICADOR (10)	Oportunidad en la entrega del reporte de información Circular Única Supersalud		
FORMULA	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente		
ACTIVIDADES Y ACCIONES PARA EL LOGRO EN LA VIGENCIA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ajustar el sistema de información que permita generar información confiable. Establecer dentro de la planta de persona, el responsable del reporte.</li> <li>• Realizar análisis y retroalimentación a los datos arrojados por el sistema.</li> <li>• Establecer planes de mejora permanente a la información.</li> <li>• Reportar de manera oportuna el informe semestral en el aplicativo de la Superintendencia Nacional de Salud.</li> </ul>		
ESTANDAR PROPUESTO	LINEA DE BASE	LOGROS PARA LA VIGENCIA	
		2014	2015
Cumplimiento dentro de los términos previstos	No Se cumplió en los términos	Cumplir en los términos	Cumplir en los términos

**11. Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya.**

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

INDICADOR (11)	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya.		
FORMULA	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente		
ACTIVIDADES Y ACCIONES PARA EL LOGRO EN LA VIGENCIA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar seguimiento a través del cronograma de informes y responsables.</li> <li>• Conciliar la información de manera permanente entre las áreas</li> <li>• Dar cumplimiento al cronograma establecido para el reporte de la información trimestral, semestral y anual del Decreto 2193.</li> </ul>		
ESTANDAR PROPUESTO	LINEA DE BASE 2013	LOGROS PARA LA VIGENCIA	
		2014	2015
Cumplimiento dentro de los términos previstos	Se cumplió dentro de los términos	Cumplir dentro de los términos	cumplir dentro de los términos

**• Gestión Clínica o Asistencial:**

Las actividades de la prestación de servicios de salud son aquellas relacionadas con los subprocesos misionales del hospital, dentro de los cuales se encuentra la Gestión Ambulatoria, Gestión de urgencias, Gestión de detección temprana y protección específica en concordancia con el nivel de complejidad y portafolio de servicios encaminado al cumplimiento de la misión institucional.

Para el cumplimiento de estos indicadores además de mantener de la oferta disponible se debe fortalecer el Modelo de prestación y atención de Servicios, el área y proceso de gestión de la garantía de la calidad, que permita realizar auditorías clínicas pares y mediciones de indicadores de la calidad en la prestación de los servicios y así impactar positivamente en la prestación de los mismos.

## 12. Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación

Con el fin de promover procesos internos relacionados con el mejoramiento de la salud materna y perinatal que conlleven a cumplir la meta municipal de reducción de la morbilidad materna, se hace necesario captar oportunamente las mujeres gestantes que deseen llevar a término su gestación.

INDICADOR (12)	Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación		
FORMULA	Número de mujeres gestantes a quienes se les realizó por lo menos una valoración médica y se inscribieron el Programa de Control Prenatal de la ESE, a más tardar en la semana 12 de gestación / Total de mujeres gestantes identificadas		
ACTIVIDADES Y ACCIONES PARA EL LOGRO EN LA VIGENCIA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hacer seguimiento a resultado de gravidez</li> <li>• Monitorear las circulares informativas de cumplimiento a ruta materna.</li> <li>• Asignar oportuna a menos de 5 días, la cita de control prenatal primera vez.</li> <li>• Definir operacionalmente el indicador en cuanto a Mujer Gestante identificada.</li> <li>• Continuar aplicación de la Estrategia IAMI.</li> <li>• Articular el indicador y la estrategia IAMI a la estrategia de atención primaria en salud</li> </ul>		
ESTANDAR PROPUESTO	LINEA DE BASE	LOGROS PARA LA VIGENCIA	
		2014	2015
≥0.85	54,82	>0,60	>0.85

La meta de este indicador es compleja entendiendo la dinámica de los movimientos poblacionales que tiene la región sur colombiana en la cual la ciudad de Neiva se comporta como una ciudad receptora, razón por la cual la llegada de mujeres en estado gestacional mayor a las 12 semanas es frecuente afectando el numerador del indicador (gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación), así mismo la tasa de interrupciones voluntarias de la gestación legales e ilegales genera confusión en cuanto al denominador del indicador (Total de mujeres gestantes identificadas) situación que afecta ostensiblemente el resultado del indicador si se tiene en cuenta esta población.

Por lo anterior se debe hacer ajustes a la fuente del indicador y así poder proponer metas acordes con la realidad encontrada.

### 13. Incidencia de Sífilis congénita en partos atendidos en la ESE.

INDICADOR (13)	Incidencia de Sífilis congénita en partos atendidos en la ESE.		
FORMULA	Número de Recién Nacidos con diagnóstico de Sífilis congénita en población atendida por la ESE en la vigencia.		
ACTIVIDADES Y ACCIONES PARA EL LOGRO EN LA VIGENCIA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Auditar de aplicación de guía de control prenatal.</li> <li>• Mejorar la oportunidad asignación de citas medica control prenatal.</li> <li>• Motivar el inicio temprano de control prenatal.</li> <li>• Definir operacional del indicador en cuanto a población atendida en la E.S.E.</li> <li>• Continuar la aplicación de la Estrategia IAMI</li> <li>• Articular el indicador y la estrategia IAMI a la estrategia de atención primaria en salud</li> </ul>		
ESTANDAR PROPUESTO	LINEA BASE	DE LOGROS PARA LA VIGENCIA	
		2014	2015
0	0	0	0

Este indicador evalúa la efectividad del control prenatal razón por la cual es importante fortalecer las auditorías clínicas para monitorizar la calidad de la prestación de los servicios y así mantener en cero el indicador

**14. Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía de manejo de enfermedades hipertensivas.**

INDICADOR (14)	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía de manejo de enfermedades hipertensivas		
FORMULA	Numero de historias clínicas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de atención de enfermedades hipertensivas adoptadas por la ESE / Total historia clínicas auditadas de la muestra representativas de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial atendidos en la ESE en la vigencia objeto de evaluación.		
ACTIVIDADES Y ACCIONES PARA EL LOGRO EN LA VIGENCIA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Auditar la aplicación de la guía de control hipertensión.</li> <li>• Realizar actividades grupales de control de la hipertensión y manejo y control de riesgo cardiovascular.</li> <li>• Realizar acciones de educación continua sobre las enfermedades cardiovasculares al personal asistencial.</li> <li>• Hacer seguimiento al programa de riesgo cardiovascular por parte de oficina técnico científico.</li> <li>• Articular el indicador a la estrategia de atención primaria en salud</li> </ul>		
ESTANDAR PROPUESTO	LINEA DE BASE	LOGROS PARA LA VIGENCIA	
		2014	2015
≥0.90	93%	>90%	>90%

Se debe mantener la aplicación a las guías de manejo, se espera mantener por encima del 90% la aplicación de la guía en pacientes con hipertensión.

**15.Evaluación de aplicación de guía de manejo de Crecimiento y Desarrollo.**

INDICADOR (15)	Evaluación de aplicación de guía de manejo de Crecimiento y Desarrollo		
FORMULA	Número de Historias Clínicas que hacen parte de muestra representativa de niños (as) menores de 10 años a quienes se aplicó estrictamente la Guía técnica para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo. / Número de Historias clínicas de niños (as) menores de 10 años incluidas en la muestra representativa a quienes se atendió en consulta de Crecimiento y desarrollo en la ESE en la vigencia		
ACTIVIDADES Y ACCIONES PARA EL LOGRO EN LA VIGENCIA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Auditar la aplicación de la guía de crecimiento y desarrollo</li> <li>• Adecuar de infraestructura física para evaluación de los menores.</li> <li>• Educar y capacitar al personal en la aplicación de la guía de crecimiento y desarrollo.</li> <li>• Articular el indicador a la estrategia de atención primaria en salud</li> </ul>		
ESTANDAR PROPUESTO	LINEA DE BASE	LOGROS PARA LA VIGENCIA	
		2014	2015
≥0.80	93%	>90	>90

Se espera continuar con el estándar propuesto por la resolución 743 y en lo posible aumentar y mantener por encima del 90%, para ello se debe realizar mayo auditoria de prestación de servicios de promoción y prevención.

## 16.Reingresos por el servicio de urgencias.

INDICADOR (16)	Reingresos por el servicio de urgencias		
FORMULA	Número de consultas al servicio de urgencias, por el mismodiagnóstico y el mismo paciente, mayor de 24 y menor de 72 horas que hacen parte de la muestra representativa. / Total de consultas del servicio de urgencias durante el periodo incluidas en la muestra representativa		
ACTIVIDADES Y ACCIONES PARA EL LOGRO EN LA VIGENCIA	Definir operacionalmente el indicador en cuanto a población atendida en la E.S.E. Ofertar más servicios de consulta externa Continuar el fortalecimiento de atención primaria en salud.		
ESTANDAR PROPUESTO	LINEA DE BASE	LOGROS PARA LA VIGENCIA	
		2014	2015
≤0.03	1,78	<0,1	<0,03



### 17. Oportunidad promedio en la atención de consulta médica general

INDICADOR (17)	Oportunidad promedio en la atención de consulta médica general		
FORMULA	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 general y la fecha para la cual es asignada la cita./Número total de consultas médicas generales asignadas en la institución.		
ACTIVIDADES Y ACCIONES PARA EL LOGRO METAS EN LA VIGENCIA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluar la oferta frente a la demanda y la capacidad instalada.</li> <li>• Buscar y analizar la consulta crónica.</li> <li>• Apertura de unidad hospitalaria de la comuna 6. Y CAIMI</li> <li>• Aplicar estrategias de atención primaria en salud intramural</li> </ul>		
ESTANDAR PROPUESTO	LINEA DE BASE	LOGROS PARA LA VIGENCIA	
		2014	2015
≤3	3,51	3	3

Se espera mejorar la oportunidad con la apertura de la unidad hospitalaria de la comuna seis.

INDICADORES Y ESTANDARES POR AREA DE GESTION						
AREA DE GESTION	No	INDICADOR	ESTANDAR PARA CADA AÑO	LINEA DE BASE	LOGROS PARA LA VIGENCIA	
					2014	2015
GERENCIA 20% DIRECCION Y	1	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	Mayor o igual 1,20	1.3	1.3	1.6
	2	Plan de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad	≥ 90%	87	≥90%	≥ 90%
	3	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo	≥ 90%	90	>90	>90
RA AN CIE FIN	4	Riesgo Fiscal y Financiero	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO

	5	Evolución del gasto por unidad de valor relativo producida	< 0,90	No dato 2013	< 0,90	< 0,90	
	6	Proporción de medicamento y material medicoquirurgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos; 1) compras conjuntas, 2)compras a través de cooperativas de empresas sociales del estado. 3) compra a través de mecanismos electrónicos.	≥ 0,70	0	0	>0,70	
	7	1. Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios de planta y por contratación de servicios y variación del monto frente a la vigencia anterior.	Cero (0) o variación negativa	Cero	Cero	Cero	
	8	Utilización de la información de Registro Individual de prestaciones – RIPS	4	4	3	4	
	9	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo	≥ 1,0	1,24	>1	>1	
	10	Oportunidad en la entrega del reporte de información Circular Única Supersalud	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Se cumplió en los términos	Cumplir en los términos	Cumplir en los términos	
	11	Oportunidad en el reporte de la información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Se cumplió en los términos	Cumplir en los términos	Cumplir en los términos	
	GESTION CLINICA O ASISTENCIAL 40%	12	Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación	≥0.85	54,82	>0,60	>0.85
		13	Incidencia de Sífilis congénita en partos atendidos en la ESE.	0 CASOS	1 CASOS	2 CASOS	3 CASOS
		14	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía de manejo de enfermedades hipertensiva	≥0.90	93%	>90%	>90%
		15	Evaluación de aplicación de guía de manejo de Crecimiento y Desarrollo	≥0.80	93%	>90	>90
16		Reingresos por el servicio de urgencias	≤0.03	1,78	<0,1	<0,03	
17		Oportunidad promedio en la atención de consulta médica general	≤3	3,51	3	3	

