

PLAN DE GESTION

Presentado por:

IRNE TORRES CASTRO

2017-2020

JUNTA DIRECTIVA

DILIAN FRANCISCA TORO TORRES

Gobernador Valle del Cauca

MARÍA CRISTINA LESMES DUQUE

Secretario Departamental de Salud del Valle del Cauca

EDGAR VARELA

Rector de la Universidad del Valle

GERARDO CAMPO

Decano de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle

ELMER ORTEGA

Representante de Gremios de la Producción y Cámara de comercio

CLAUDIO G. ARIAS O.

Sector Científico de la Salud

ALEXANDER DURAN

Delegado del señor Alcalde de Santiago de Cali y secretario de salud Pública Municipal

GLORIA PATRICIA GUTIERREZ

Gerente de la Beneficencia del Valle del Cauca

GRUPO DIRECTIVO

IRNE TORRES CASTRO

Gerente

LAUREANO QUINTERO

Sub-Gerente Servicio de Salud

MARIA EUGENIA GUERRERO

Sub- Gerente Administrativo

HOLMER JOSE REYES

Sub- Gerente Financiero

HELIO JOSE RAMIREZ M.

Jefe Oficina Asesora Planeación

MARIA DEL PILAR CHAVES

Jefe Oficina de Control Interno

Contenido

INTRODUCCION	4
MARCO LEGAL	5
OBJETIVO GENERAL.....	8
PLATAFORMA ESTRATEGICA	8
MISION	10
VISION	10
VALORES CORPORATIVOS	10
PRINCIPIOS INSTITUCIONALES	10
ORGANIGRAMA.....	11
MAPA DE PROCESOS	12
CAPACIDAD INSTALADA	13
ELABORACION DE PLAN DE GESTION.....	14
METODOLOGIA.....	14
PREPARACION	14
FORMULACION:.....	15
APROBACION.....	31

INTRODUCCION

Formular y proyectar el Plan de Gestión del Hospital Departamental Universitario del Valle Evaristo García ESE, para el periodo 2017-2020 en donde se consolida compromisos, metas y resultados partiendo de un diagnóstico inicial en los temas relacionados con la viabilidad financiera, calidad, y eficiencia en la prestación de los servicios.

Se plantea y se definen los objetivos estableciendo las estrategias de la institución de acuerdo a los indicadores de evaluación de desempeño gerencial, de acuerdo con los principios Políticas y Directrices del actual Sistema General de Seguridad Social en Salud y la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud en sus tres ejes: accesibilidad, eficiencia y calidad Se elabora conforme a los requerimientos de la Resolución 710 del 30 de marzo de 2012" y la Resolución 743 de marzo 15 de 2013 Su estructura se apoya en tres Áreas de Gestión: Dirección y Gerencia, Administrativa y Financiera y Clínica Asistencial. La primera evaluación de la gerencia se realizara en el 2019 que corresponderá al periodo del 1º de enero y el 31 de diciembre del 2018, de acuerdo a la Resolución 743 de 2013 donde establece que se evaluara la vigencia si el Gerente se desempeñó en la totalidad de la vigencia y a partir de ese momento se seguirá evaluando anualmente. La fecha de nombramiento del Doc. Irne Torres Castro se realizó 22 de septiembre de 2017 con decreto 010-24-1469 con acta de posesión No 1367 de día 25 de septiembre de 2017.

MARCO LEGAL

La ley 100 de 1993: Por la cual se crea el sistema general de seguridad social en salud y se adoptan otras disposiciones y establece los regímenes jurídicos para los afiliados y no afiliados a dicho sistema.

Ley 1122 de 2007: Por medio de la cual se modifica parcialmente la Ley 100 de 1993 y se dictan otras disposiciones.

Decreto 357 de 2008: Por el cual se reglamenta la evaluación y reelección de gerentes y directores de las ESE del orden territorial.

Resolución 2181 de 2008: Por medio de la cual se expide la guía aplicativa del Sistema Obligatoria de Garantía de la Calidad de la atención de salud, para las instituciones prestadoras de servicio de salud de carácter público.

Ley 4107 DE 2011: Por el cual se determinan los objetivos y la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social y se integra el Sector Administrativo de Salud y Protección Social.

Ley 1450 de 2011: Por la cual se expide el plan nacional de desarrollo 2010-2014.

Ley 1438 de 2011: Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones.

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. La evaluación insatisfactoria de dichos planes será causal de retiro del servicio del Director o Gerente para lo cual se deberá adelantar el proceso que establezca en la presente ley. En caso de que el cargo de Director o Gerente de una Empresa Social del Estado esté vacante a más tardar dentro de los sesenta (60) días calendario siguiente se iniciará un proceso de concurso público para su elección.

La Junta Directiva conformará una terna con los concursantes que hayan obtenido las tres mejores calificaciones en el proceso de selección adelantado. El nominador deberá designar en el cargo de gerente o director a quien haya alcanzado el más alto puntaje dentro de los quince (15) días calendario siguiente a la finalización del proceso de elección. El resto de la terna operará como un listado de elegibles, para que en el caso de no poder designarse el candidato con mayor puntuación, se

continúe con el segundo y de no ser posible la designación de este, con el tercero.

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.

Artículo 74. Evaluación del Plan de Gestión del Director o Gerente de Empresas Sociales del Estado del orden territorial. Para la evaluación de los planes de gestión, se deberá dar cumplimiento al siguiente proceso

74.1 El Director o Gerente de la Empresa Social del Estado del orden territorial deberá presentar a la Junta Directiva un informe anual sobre el cumplimiento del plan de gestión, el cual deberá ser presentado a más tardar el 1º de abril de cada año con corte al 31 de diciembre del año inmediatamente anterior. Los contenidos del informe y de la metodología serán definidos por el Ministerio de la Protección Social.

74.2 La Junta Directiva deberá evaluar el cumplimiento del plan de gestión del Director o Gerente, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la presentación del informe de gestión.

74.3 Los resultados de la evaluación se harán constar en un acuerdo de la Junta Directiva, debidamente motivado, el cual se notificará al Director o Gerente quien podrá interponer recurso de reposición ante la Junta Directiva dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a su notificación.

74.4 La decisión de la Junta Directiva tendrá recurso de reposición ante la misma junta y de apelación en el efecto suspensivo, ante el Superintendente Nacional de Salud, para resolver dichos recursos se contará con un término de quince días (15) hábiles.

74.5 Una vez cumplido el proceso establecido en el presente artículo y en firme el resultado de la evaluación y esta fuere insatisfactorio dicho resultado será causal de retiro del servicio del Director o Gerente, para lo

cual la Junta Directiva dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a haber quedado en firme el resultado de la evaluación, deberá solicitar al nominador con carácter obligatorio para este, la remoción del Director o Gerente aun sin terminar su período, para lo cual el nominador deberá expedir el acto administrativo correspondiente dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes, contra este acto procederán los recursos de ley.

74.6 La no presentación del proyecto de plan de gestión o del informe de cumplimiento del plan de gestión dentro de los plazos señalados en la presente norma, conllevará a que la Superintendencia Nacional de Salud, en los términos y plazos establecidos para tal fin, produzca de manera inmediata la evaluación no satisfactoria, la cual será causal de retiro.

Resolución 710 de 2012: Por medio de la cual se adoptan las condiciones y metodología para la elaboración y presentación del plan de gestión por parte de gerentes de ESE

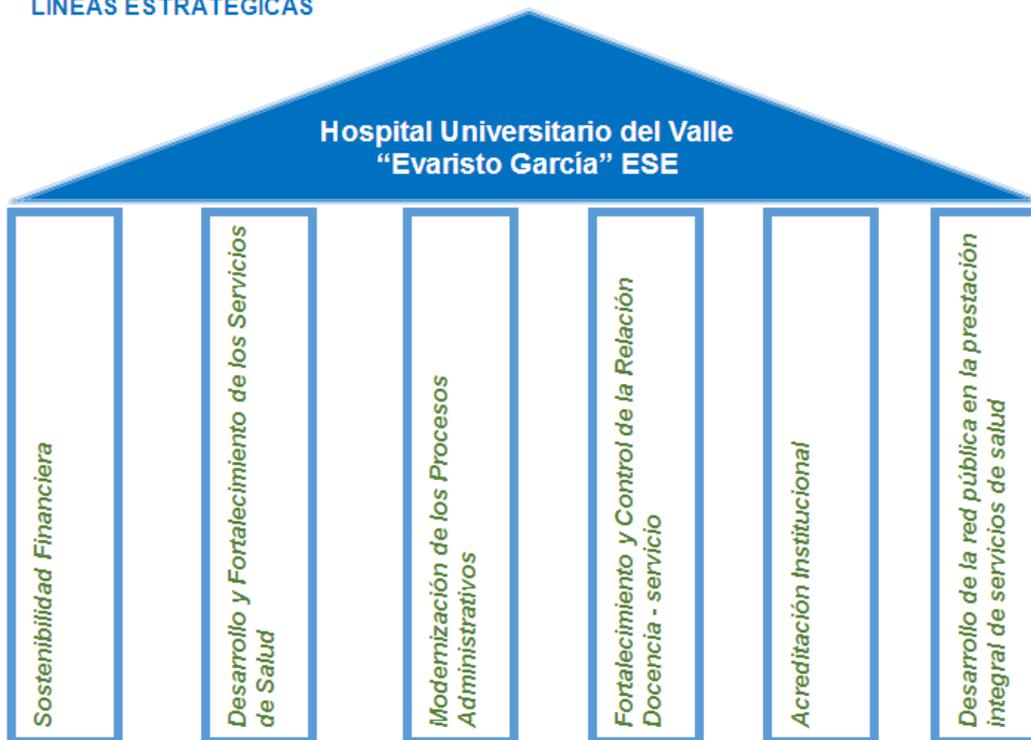
Resolución 743 de 2013: Por la cual se modifica la Resolución número 710 de 2012 y se dictan otras disposiciones.

OBJETIVO GENERAL

Definir el alcance y las metas de los indicadores de gestión; evaluando los resultados concernientes a la producción, el mejoramiento de la calidad, eficiencia en la prestación de servicios y sostenibilidad financiera del Hospital Departamental Universitario del Valle Evaristo García ESE.

PLATAFORMA ESTRATEGICA

LINEAS ESTRATEGICAS



LÍNEA 1 Sostenibilidad Financiera

Objetivo Estratégico: Desarrollar y modernizar los procesos financieros, para el cumplimiento y control de la productividad, optimización de la facturación, racionalizando los gastos y mejorando la rentabilidad a partir de los servicios prestados.

LINEA 2 Desarrollo y Fortalecimiento de los Servicios de Salud

Objetivo Estratégico: Prestar servicios de salud con énfasis en la alta complejidad, cumpliendo estándares de calidad, centrado en la persona y su familia, basados en la innovación e investigación.

LINEA 3 Modernización de los procesos administrativos y clínicos

Objetivo Estratégico: Lograr una Entidad moderna y eficiente, adoptando el mejoramiento continuo de los procesos, para la prestación de los servicios de salud de mediana y alta complejidad.

LINEA 4 Fortalecimiento y control de la relación docencia – servicio

Objetivo Estratégico: Fortalecer la relación y control de los convenios Docencia-Servicio con las diferentes Instituciones de Educación para el desarrollo de los procesos de formación universitaria, la investigación y el desarrollo de nuevos servicios, como esfuerzos necesarios para el cumplimiento de la misión institucional.

LINEA 5 Acreditación Institucional

Objetivo Estratégico: Alcanzar la acreditación institucional en la atención de la salud, centrada en el usuario y la familia.

LINEA 6 Liderar el desarrollo de la red pública en la prestación integral de servicios de salud de la región suroccidente

Objetivo Estratégico: Desarrollar y fortalecer la red de prestación integral de servicios de salud de la región

MISION

Brindar servicios de salud de mediana y alta complejidad humanos, seguros, innovadores cumpliendo estándares de calidad, centrado en la persona y su familia, con talento humano comprometido, motivado y competente, en un escenario de formación académica e investigación

VISION

En el 2019 el Hospital Universitario del Valle "Evaristo García" E.S.E. será una entidad sostenible financieramente, acreditada, referente de la prestación de servicios de salud de mediana y alta complejidad, siendo el mejor escenario para la formación y entrenamiento del talento humano del sector salud.

VALORES CORPORATIVOS

- Honestidad
- Humanización
- Responsabilidad
- Integridad en el actuar
- Disciplina
- Justicia
- Resiliencia
- Respeto
- Diligencia
- Compromiso

PRINCIPIOS INSTITUCIONALES

- Liderazgo y responsabilidad social en la prestación de servicios de salud
- Trabajo en equipo y comunicación asertiva
- Espíritu investigativo e innovación
- Compromiso, seguridad y trato digno al usuario y su familia
- Mejoramiento continuo
- Autocontrol
- Sostenibilidad y desarrollo institucional
- Cultura de calidad
- Mística, vocación y formación

ORGANIGRAMA

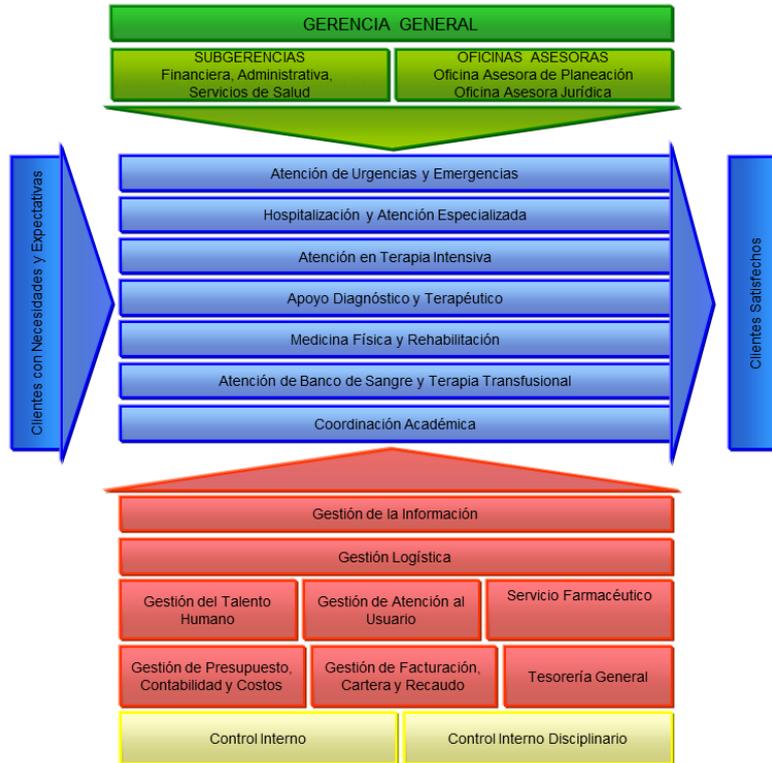
A continuación se presenta la estructura del Hospital Universitario del Valle "Evaristo García" E.S.E que representa los diversos grupos institucionales y sus respectivas relaciones:



MAPA DE PROCESOS

A continuación se Representa gráficamente el mapa de procesos donde se identifican los procesos misionales, de apoyo, de direccionamiento y control:

MAPA DE PROCESOS ACUERDO No 23 Noviembre 01 de 2016



CAPACIDAD INSTALADA

Las instalaciones del Hospital Universitario del Valle "Evaristo García" E.S.E se, cuenta con la siguiente capacidad para la atención a septiembre de 2017:

SERVICIO HOSPITALARIO	Nº CAMAS
Camas Pediátricas	49
Camas Adultos	147
Camas Obstetricia	36
Cuidado Básico Neonatal	1
Camas Cuidado Intermedio Neonatal	9
Camas Cuidado Intensivo Neonatal	18
Camas Cuidado Intermedio Pediátrico	2
Camas Cuidado Intensivo Pediátrico	6
Camas Cuidado Intermedio Adulto	13
Camas Cuidado Intensivo Adulto	29
Camas Quemados Adulto	7
Camas Quemados Pediátrico	7
Camas Psiquiatría	18
Numero Camas	342
Quirófanos	11
Salas de Partos	2
Ambulancias básicas TAB	2
Ambulancias medicalizadas TAM	1
Sillas Quimioterapia	20
Sala de Procedimientos	15

Fuente: REPS

ELABORACION DE PLAN DE GESTION

Los criterios y metodología para la elaboración y presentación del Plan de Gestión por parte de la Gerencia del Hospital Departamental Universitario del Valle Evaristo García Empresa Social del Estado se definen de acorde a las Resoluciones 710 de 2012 y 743 de 2013, expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social; para el periodo de gerencia se establecen compromisos, estrategias y metas a alcanzar, estas serán evaluadas periódicamente en tres ejes: Dirección y Gerencia, Gestión Financiera y Administrativa y Gestión Clínica y Asistencial. Donde cada eje incluye sus indicadores con la línea base con corte 31 de diciembre de 2016, formula, logros planteados, metas anuales y observaciones.

METODOLOGIA

En desarrollo de lo dispuesto en la resolución 0710 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social por medio de las cuales se adoptan las condiciones y metodología para la elaboración y prestación del Plan de Gestión de los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial atendiendo las modificaciones de la resolución 743 de 2013, donde contempla cinco fases para su elaboración y aplicación desde tres áreas de gestión:

1. Preparación
2. Formulación
3. Aprobación
4. Ejecución
5. Evaluación

En el presente documento se incluyen las primeras 3 fases de la metodología del ministerio de salud.

PREPARACION

Se identifica las fuentes de información para establecer la línea de base y formular el plan de Gestión. La metodología para recolectar la información de los diferentes indicadores se realizó a través de los siguientes mecanismos:

- Solicitud a los diferentes líderes de procesos institucionales los informes y evidencias de los indicadores o relacionados con cada uno de ellos.
- Certificado de los soportes del Ministerio de Salud y Protección social, para el soporte en el cumplimiento de términos en la prestación de informes rendidos
- Revisión de informes presentados a entes de control

FORMULACION:

A continuación se describirá de manera integral la descripción de cada indicador; en cada uno de ellos se describirá la fórmula del indicador, el diagnóstico inicial que corresponderá a la vigencia 2016 con sus correspondientes observaciones. A partir de esta información se diseñará un escenario o una proyección de referencia, es decir, el logro a alcanzar de manera cualitativa y de manera cuantitativa por los años de gestión. Al final de cada indicador se establecerá de manera general las actividades a desarrollar para el cumplimiento de dichas metas. Este trabajo se desarrollará a través de las áreas de Gestión: Dirección y Gerencia, Gestión Financiera y Administrativa y Gestión Clínica y Asistencial.

- DIRECCIÓN Y GERENCIA 40%

1. Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas
Autoevaluación en la vigencia anterior

No.1 Indicador	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior		
FORMULA	Promedio de la calificación de autoevaluación en la vigencia evaluada / Promedio de la calificación de autoevaluación de la vigencia anterior		
OBSERVACIONES / SITUACIÓN ACTUAL	Se establece como línea base la evaluación cuantitativa que se establece en Junio de 2017 ya que esta es la medición más actual.		
ESTANDAR PROPUESTO	LOGROS PARA LA VIGENCIA		
	2018	2019	2020
Institución una variación positiva ≥ 1.20 sobre la autoevaluación de la vigencia anterior	≥ 1.20	≥ 1.20	≥ 1.20
Proyección de la Calificación	2,47	2,96	3,55
LINEA BASE	2,06		
ACTIVIDADES A DESARROLLAR	<ul style="list-style-type: none"> -Reactivación de los comités institucionales y operativización de los mismos. - Buscar la certificación en calidad ISO 9001-2015 - Mejorar el servicio de orientación y atención al usuario - Fortalecimiento de la cultura organizacional Organizacional de mejoramiento y calidad. - Desarrollo del ciclo de preparación para la acreditación desarrollando el sistema único de acreditación a través del programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad en salud. 		
RESPONSALBE	CALIDAD		

2. Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud

No.2 Indicador	Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud		
FORMULA	Número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas/ total de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoría registrados en el PAMEC		
OBSERVACIONES / SITUACIÓN ACTUAL	Para el año 2016 no se realizó seguimiento a los planes de mejora.		
ESTANDAR PROPUESTO	LOGROS PARA LA VIGENCIA		
	2018	2019	2020
Lograr el un cumplimiento del ≥ 90 % sobre el cumplimiento de los planes de mejoramiento continuo implementados con enfoque de acreditación	$\geq 0,90$	$\geq 0,90$	$\geq 0,90$
Proyección de la Calificación	90%	90%	90%
LINEA BASE	No hay dato		
ACTIVIDADES A DESARROLLAR	<ul style="list-style-type: none"> -Consolidar y socializar el plan de mejora con responsabilidades definidas, involucrando a todos los procesos y áreas institucionales. -Realizar seguimiento mensual al plan de mejora 		
RESPONSALBE	CALIDAD		

3. Gestión de ejecución del plan de desarrollo institucional

No.3 Indicador	Gestión de ejecución del plan de desarrollo institucional		
FORMULA	Número de metas del Plan Operativo anual cumplidas/ Número de metas del Plan operativo anual programadas.		
OBSERVACIONES / SITUACIÓN ACTUAL	Se formuló plan de acción institucional 2016, debido a que este año fue atípico por la alta rotación de gerentes. Con un cumplimiento 14 actividades de 25 dando un 56%.		
ESTANDAR PROPUESTO	LOGROS PARA LA VIGENCIA		
	2018	2019	2020
Lograr el un cumplimiento del $\geq 90\%$ del plan operativo anual que da cumplimiento a la ejecución del plan de desarrollo	$\geq 0,90$	$\geq 0,90$	$\geq 0,90$
Proyección de la Calificación	90%	90%	90%
LINEA BASE	56%		
ACTIVIDADES A DESARROLLAR	<ul style="list-style-type: none"> -Formular el plan de Desarrollo institucional 2018-2020 -Revisión y Aprobación por junta -Realizar el plan operativo 2018 del plan de desarrollo -Seguimiento mensual al cumplimiento del plan operativo -Fortalecimiento del modelo interno para la gestión de indicadores. 		
RESPONSALBE	PLANEACION-GERENCIA		

- Gestión Financiera y Administrativa 40%

5. Evolución del gasto por unidad de Valor Relativo producida

No.5 Indicador	Evolución del gasto por unidad de Valor Relativo producida		
FORMULA	$\left[\frac{\text{Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en el año objeto de la evaluación / número de UVR producidas en la vigencia}}{\text{Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia anterior en valores constantes del año objeto de evaluación / número de UVR producidas en la vigencia anterior}} \right]$		
OBSERVACIONES / SITUACIÓN ACTUAL	La evolución del gasto por unidad de valor relativo producida en el año 2016 es de 0.89 y para el año 2015 fue de 1,57		
ESTANDAR PROPUESTO	LOGROS PARA LA VIGENCIA		
	2018	2019	2020
Lograr un valor del indicador menor al 0,9 mejorando la eficiencia de la relación gasto vs producción con el fin de disminuir los costos de producción	<0,9	<0,9	<0,9
Proyección de la Calificación	<0,9	<0,9	<0,9
LINEA BASE	0,9		
ACTIVIDADES A DESARROLLAR	<ul style="list-style-type: none"> -Determinar la capacidad de la oferta real de la institución tanto en el servicio de ambulatorio como la capacidad instalada en quirófanos. - Fortalecer el correcto y oportuno registro de todas las actividades y servicios prestados a los usuarios. - Establecer estrategias que permitan el mejoramiento de la eficiencia y eficacia institucional. 		
RESPONSALBE	GERENCIA - FINANCIERO		

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

No.6 Indicador	<p>Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Compras conjuntas. 2. compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado 3. compras a través de mecanismos electrónicos mediante mecanismos de compras <p>Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante mecanismos de compras</p>		
FORMULA	<p>Valor total de adquisiciones de medicamentos y material médico-quirúrgico realizadas mediante uno o más de los siguientes mecanismos (a) compras conjuntas (b) compras a través de cooperativas de ESE,(c) compras a través de mecanismos electrónicos/ Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico-quirúrgico</p>		
OBSERVACIONES / SITUACIÓN ACTUAL	<p>No se realizaron adquisiciones mediante mecanismos de compras conjuntas o través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado y/o mecanismos electrónicos.</p>		
ESTANDAR PROPUESTO	LOGROS PARA LA VIGENCIA		
	2018	2019	2020
Lograr una Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante mecanismos los mecanismos mayor al 0.12	$\geq 0,70$	$\geq 0,70$	$\geq 0,70$
Proyección de la Calificación	10%	11%	12%
LINEA BASE	0%		
ACTIVIDADES A DESARROLLAR	<p>-De acuerdo a la estrategia G3 realizar compras conjuntas de medicamentos esenciales.</p> <p>-Los consumibles de los comodatos se realizaran por compras electrónicas.</p>		
RESPONSALBE	SUB GERENCIA ADMINISTRATIVA		

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

No.7 Indicador	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior		
FORMULA	A. Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta o externalización de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación. B. [(Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación) - (Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior, en valores constantes)]		
OBSERVACIONES / SITUACIÓN ACTUAL	De acuerdo a la evaluación del indicador se estable como línea base -7.950 millones. Para los años 2017 con corte a junio con una variación con la vigencia del año anterior con corte del mismo mes es de -16.173.		
ESTANDAR PROPUESTO	LOGROS PARA LA VIGENCIA		
	2018	2019	2020
Mantener la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta en (0) o con variación negativa.	Cero o con variación negativa	Cero o con variación negativa	Cero o con variación negativa
Proyección de la Calificación	Cero o con variación negativa	Cero o con variación negativa	Cero o con variación negativa
LINEA BASE	-7.950		
ACTIVIDADES A DESARROLLAR	-Lograr oportunamente el recaudo para dar mayor oportunidad en el pago de salarios		
RESPONSALBE	SUBGERENCIA FINANCIERA		

8. Utilización de información de Registro individual de prestaciones (RIPS)

No.8 Indicador	Utilización de información de Registro individual de prestaciones (RIPS)		
FORMULA	Número de informes del análisis de la prestación de servicios de la ESE a la junta directiva con base en RIPS en la vigencia		
OBSERVACIONES / SITUACIÓN ACTUAL	Para la vigencia del año 2016 se realiza 2 informes y para la vigencia 2017 se realiza 1 informes del análisis de la prestación de servicio del Hospital Universitario del Valle Evaristo García ESE con base en el RIPS ante la Junta Directiva.		
ESTANDAR PROPUESTO	LOGROS PARA LA VIGENCIA		
	2018	2019	2020
Presentar de manera trimestral a la Junta directiva los informes de RIPS	4	4	4
Proyección de la Calificación	4	4	4
LINEA BASE	2		
ACTIVIDADES A DESARROLLAR	<ul style="list-style-type: none"> -Elaborar, revisar y analizar los informes de RIPS -Presentar de manera trimestral a la Junta Directiva los informes basados en los RIPS -Fortalecer la participación de la junta directiva en el análisis integral. 		
RESPONSALBE	GERENCIA		

9. Resultado Equilibrio presupuestal con recaudo

No.9 Indicador	Resultado Equilibrio presupuestal con recaudo		
FORMULA	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.		
OBSERVACIONES / SITUACIÓN ACTUAL	El resultado del equilibrio presupuestal con recaudo para el año 2016 es de 0,99 y para el primer semestre de 2017 es de 1,2.		
ESTANDAR PROPUESTO	LOGROS PARA LA VIGENCIA		
	2018	2019	2020
Lograr un equilibrio presupuestal $\geq 1,00$	$\geq 1,00$	$\geq 1,00$	$\geq 1,00$
Proyección de la Calificación	$\geq 1,00$	$\geq 1,00$	$\geq 1,00$
LINEA BASE	0,99		
ACTIVIDADES A DESARROLLAR	<p>-Potencializar la venta de servicios de salud de tal forma que se logre incrementar los niveles de producción los cuales deberán ser facturados de manera adecuada para disminuir el volumen de glosas; acompañado de un buen ejercicio de radicación y recaudo por venta de servicios</p> <p>-Racionalizar el gasto de operación comercial, gastos de personal y gastos generales</p>		
RESPONSABLE	SUBGERENCIA FINANCIERA		

10. Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única

No.10 Indicador	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya
FORMULA	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente
OBSERVACIONES / SITUACIÓN ACTUAL	De acuerdo a la Resolución 0256 de 2016 en el artículo 16 se deroga la Resolución 1446 de 2006, la cual se reportaba a través de la circular única a la Supersalud, Por tanto, se hace la entrega oportuna de la norma que lo sustituyo la resolución 256 de 2016 en los términos previstos. Para el año 2017 se realiza la entrega oportuna del

	primer semestre.		
ESTANDAR PROPUESTO	LOGROS PARA LA VIGENCIA		
	2018	2019	2020
Mantener el Cumplimiento dentro de los términos previstos	No extemporáneo	No extemporáneo	No extemporáneo
Proyección de la Calificación	No extemporáneo	No extemporáneo	No extemporáneo
LINEA BASE	Oportuno		
ACTIVIDADES A DESARROLLAR	Recopilar, consolidar y enviar información de manera oportuna.		
RESPONSALBE	PLANEACION		

11. Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004

No.11 Indicador	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que lo sustituya		
FORMULA	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente		
OBSERVACIONES / SITUACIÓN ACTUAL	Este se evaluó de acuerdo al reporte oportunidad del reporte de información de que trata el Decreto 2193 de 2004 del Ministerio de salud, con lo cual se da cumplimiento a lo previsto en el anexo No. 2 de la Resolución 710 de 2012, modificada por la Resolución 743 de 2013. Para el año 2017 se realiza de manera oportuna la entrega de los reportes.		
ESTANDAR PROPUESTO	LOGROS PARA LA VIGENCIA		
	2018	2019	2020
Cumplimiento dentro de los términos previstos	No extemporáneo	No extemporáneo	No extemporáneo
Proyección de la Calificación	No extemporáneo	No extemporáneo	No extemporáneo
LINEA BASE	Oportuno		
ACTIVIDADES A DESARROLLAR	Recopilar, consolidar y enviar información.		
RESPONSALBE	PLANEACION		

- GESTIÓN CLÍNICA Y ASISTENCIAL 40%

12. Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos gestantes

No.12 Indicador	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos gestantes		
FORMULA	Numero de historias clínicas auditadas, que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta para hemorragias del III trimestre o trastornos hipertensivos en la gestión / Total historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con edad gestacional mayor de 27 semanas atendidas en la ESE con diagnóstico de hemorragia de III trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación		
OBSERVACIONES / SITUACIÓN ACTUAL	De acuerdo a la morbilidad de gineco-obstetricia la segunda causa de egreso es el Trastorno Hipertensivo. En el comité de Morbilidad materna extremadamente grave se lleva análisis 27 casos de trastorno hipertensivo de 523 y 27 de con diagnóstico de hemorragia de III trimestre.		
ESTANDAR PROPUESTO	LOGROS PARA LA VIGENCIA		
	2018	2019	2020
Garantizar la adherencia a la guía específica de la hemorragia del III trimestre en un valor $\geq 0,80$	$\geq 0,80$	$\geq 0,80$	$\geq 0,80$
Proyección de la Calificación	$\geq 0,80$	$\geq 0,80$	$\geq 0,80$
LINEA BASE	No hay dato		
ACTIVIDADES A DESARROLLAR	<ul style="list-style-type: none"> -Desarrollar el proceso para garantizar la actividad. -Elaborar indicador y monitorea a través del comité de historias clínicas. -Elaborar planes de mejoramiento según las necesidades. 		
RESPONSALBE	SUBGERENCIA CIENTIFICA		

13. Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida

No.13 Indicador	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida
-----------------	--

FORMULA	Número de historias clínicas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de manejo adaptada por la ESE para el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia/Total Historias Clínicas auditadas de pacientes con el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la entidad en la vigencia		
OBSERVACIONES / SITUACIÓN ACTUAL	<p>La causas de egreso hospitalario se llevara por areas asi:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Neonatal -Pediátrico -Gineceo-obstetricia -Hospitalización adulto <p>Sin embargo, no existe una línea de base que nos permita evaluar sobre esta primera causa de consulta el número de historias evaluadas y tampoco la adherencia a las guías. Es un indicador que no se ha llevado en el pasado. Las versiones del personal indican que se hizo en algún momento pero no tenemos evidencia escrita. Es un indicador que debemos empezar a medir.</p>		
ESTANDAR PROPUESTO	LOGROS PARA LA VIGENCIA		
	2018	2019	2020
Lograr un cumplimiento mayor al 0,80	>=0,80	>=0,80	>=0,80
Proyección de la Calificación	>=0,80	>=0,80	>=0,80
LINEA BASE	No hay dato		
ACTIVIDADES A DESARROLLAR	<ul style="list-style-type: none"> -Desarrollar el proceso para garantizar la actividad. -Elaborar indicador y monitorea a través del comité de historias clínicas. -Elaborar planes de mejoramiento según las necesidades. 		
RESPONSALBE	SUBGERENCIA CIENTIFICA		

14. Oportunidad en la realización de apendicetomía

No.14 Indicador	Oportunidad en la realización de apendicetomía		
FORMULA	Número de pacientes con diagnóstico de apendicitis al egreso a quienes se realizó la apendicetomía, dentro de las seis horas de confirmado el diagnóstico/Total de pacientes con diagnóstico de Apendicitis al egreso en la vigencia objeto de evaluación		
OBSERVACIONES / SITUACIÓN ACTUAL	Para el año 2016 se logra un cumplimiento del 88% en lo corrido del año 2017 se ha logrado un 89%.		
ESTANDAR PROPUESTO	LOGROS PARA LA VIGENCIA		
	2018	2019	2020
Alcanzar un cumplimiento $\geq 0,90$	$\geq 0,90$	$\geq 0,90$	$\geq 0,90$
Proyección de la Calificación	$\geq 0,90$	$\geq 0,90$	$\geq 0,90$
LINEA BASE	88%		
ACTIVIDADES A DESARROLLAR	<ul style="list-style-type: none"> -Mejorar la comunicación entre áreas. -Realizar plan de mejoramiento para las historias que no cumplen con el estándar. -Desarrollar el proceso para garantizar la actividad. -Elaborar indicador y monitorea a través del comité de historias clínicas. -Elaborar planes de mejoramiento según las necesidades. 		
RESPONSALBE	SUBGERENCIA CIENTIFICA		

15. Número de pacientes pediátricos con neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual

No.15 Indicador	Número de pacientes pediátricos con neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual		
FORMULA	<p>Número de pacientes pediátricos con neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación</p> <p>-(Número de pacientes pediátricos con neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación / Número de pacientes pediátricos con neumonias broncoaspirativasde origen intrahospitalario en la vigencia anterior)</p>		
OBSERVACIONES / SITUACIÓN ACTUAL	Para el año 2016 se presentó un caso de pediátricos con neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalario y para la vigencia 2015 3 pacientes por tanto hay una variación interanual de 0,66.		
ESTANDAR PROPUESTO	LOGROS PARA LA VIGENCIA		

	2018	2019	2020
Lograr una variación ≤ 0	≤ 0	≤ 0	≤ 0
Proyección de la Calificación	≤ 0	≤ 0	≤ 0
LINEA BASE	0,66		
ACTIVIDADES A DESARROLLAR	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar un manejo de patologías de alto riesgo en cuidado intensivo e intermedio. No en sala general de pediatría. -Cumplir con el Protocolo de manejo de pacientes con trastornos neurológicos, gastrostomizados, traqueostomizados, minimizando riesgo. -Posición semisentada, manejo anti reflujo. Educación al personal y la familia en cambios de posición. 		
RESPONSALBE	SUBGERENCIA CIENTIFICA		

16. Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de infarto agudo del miocardio (IAM)

No.16 Indicador	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de infarto agudo del miocardio (IAM)		
FORMULA	Número de pacientes con diagnóstico de egreso de infarto agudo del miocardio a quienes se inició la terapia específica dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnóstico/Total de pacientes con diagnóstico de egreso de infarto agudo del miocardio en la vigencia		
OBSERVACIONES / SITUACIÓN ACTUAL	No se cuenta con información.		
ESTANDAR PROPUESTO	LOGROS PARA LA VIGENCIA		
	2018	2019	2020
Alcanzar un cumplimiento $\geq 0,90$	$\geq 0,90$	$\geq 0,90$	$\geq 0,90$
Proyección de la Calificación	$\geq 0,90$	$\geq 0,90$	$\geq 0,90$
LINEA BASE	No hay dato		
ACTIVIDADES A DESARROLLAR	<ul style="list-style-type: none"> -Desarrollar el proceso para garantizar la actividad. -Elaborar indicador y monitorea a través del comité de historias clínicas. -Elaborar planes de mejoramiento según las necesidades. 		
RESPONSALBE	SUBGERENCIA CIENTIFICA		

17. Análisis de mortalidad intrahospitalaria

No.17 Indicador	Análisis de mortalidad intrahospitalaria		
FORMULA	Número de casos de mortalidad intrahospitalaria mayor de 48 horas revisada en el comité respectivo/Total de defunciones intrahospitalarias mayores de 48 horas en el periodo		
OBSERVACIONES / SITUACIÓN ACTUAL	El indicador de análisis de mortalidad intrahospitalaria se lleva por áreas y no se cuenta con un consolidado. Para el año 2017 se evidencia el análisis de 157 historias de 900 defunciones. Sin embargo, no se lleva el análisis mayor a 48 horas.		
ESTANDAR PROPUESTO	LOGROS PARA LA VIGENCIA		
	2018	2019	2020
Lograr un análisis de la mortalidad intrahospitalaria $\geq 0,90$	$\geq 0,90$	$\geq 0,90$	$\geq 0,90$
Proyección de la Calificación	$\geq 0,90$	$\geq 0,90$	$\geq 0,90$
LINEA BASE	No hay dato		
ACTIVIDADES A DESARROLLAR	<ul style="list-style-type: none"> -Desarrollar el proceso para garantizar la actividad. -Elaborar indicador y monitorea a través del comité de historias clínicas. -Elaborar planes de mejoramiento según las necesidades. 		
RESPONSALBE	SUBGERENCIA CIENTIFICA		

18. Oportunidad en la atención de consulta de pediatría

No.18 Indicador	Oportunidad en la atención de consulta de pediatría		
FORMULA	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual la paciente solicita cita, por cualquier medio, para ser atendida en la consulta de médica pediátrica y la fecha para la cual es asignada la cita/Número total de consultas medicas pediátricas		
OBSERVACIONES / SITUACIÓN ACTUAL	Al realizar el seguimiento al indicador de oportunidad de pediátrica se observa una desviación negativa. El comportamiento del indicador ha sido el siguiente para el año 2015 fue de 11,5 días, 2016 fue de 26,5 días y el año 2017 primer semestre fue de 34,5 días.		
ESTANDAR PROPUESTO	LOGROS PARA LA VIGENCIA		

	2018	2019	2020
Lograr durante la vigencia un promedio de atención en la consulta de pediatría menor o igual 5 días	<=5 Días	<=5 Días	<=5 Días
Proyección de la Calificación	5	5	5
LINEA BASE	26,50		
ACTIVIDADES A DESARROLLAR	Conocer la oferta real de la institución. -Contratar los especialistas necesarios para lograr una atención oportuna. -Realizar revisión constante del cumplimiento de la meta. -Elaborar plan de mejoramiento, logrando aumentar la programación y rendimiento de la consulta externa especializada.		
RESPONSALBE	SUBGERENCIA CIENTIFICA		

19. Oportunidad en la atención de consulta de gineco-obstetricia

No.19 Indicador	Oportunidad en la atención de consulta de gineco-obstetricia		
FORMULA	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual la paciente solicita cita, por cualquier medio, para ser atendida en la consulta de médica gineco-obstetricia y la fecha para la cual es asignada la cita / Número total de consultas médicas gineco-obstetricia asignadas en la institución		
OBSERVACIONES / SITUACIÓN ACTUAL	Al realizar el seguimiento al indicador de oportunidad de gineco-obstetricia se observa una desviación negativa. El comportamiento del indicador ha sido el siguiente para el año 2015 fue de 9,2 días, 2016 fue de 17 días y el año 2017 primer semestre fue de 25,6 días.		
ESTANDAR PROPUESTO	LOGROS PARA LA VIGENCIA		
	2018	2019	2020
Lograr durante la vigencia un promedio de atención en la consulta de gineco-obstetricia menor o igual 8 días	<=8 Días	<=8 Días	<=8 Días
Proyección de la Calificación	8	8	8
LINEA BASE	17,00		
ACTIVIDADES A DESARROLLAR	-Conocer la oferta real de la institución. -Contratar los especialistas necesarios para lograr una atención oportuna.		

	-Realizar revisión constante del cumplimiento de la meta. -Elaborar plan de mejoramiento, logrando aumentar la programación y rendimiento de la consulta externa especializada.
RESPONSALBE	SUBGERENCIA CIENTIFICA

20. Oportunidad en la atención de medicina interna

No.20 Indicador	Oportunidad en la atención de medicina interna		
FORMULA	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual la paciente solicita cita, por cualquier medio, para ser atendida en la consulta de medicina interna y la fecha para la cual es asignada la cita/Número total de consultas de medicina interna asignadas en la institución		
OBSERVACIONES / SITUACIÓN ACTUAL	Al realizar el seguimiento al indicador de oportunidad de medicina interna se observa una desviación negativa. El comportamiento del indicador ha sido el siguiente para el año 2015 fue de 13,5 días, 2016 fue de 28,7 días y el año 2017 primer semestre fue de 35,2 días.		
ESTANDAR PROPUESTO	LOGROS PARA LA VIGENCIA		
	2018	2019	2020
Lograr durante la vigencia un promedio de atención en la consulta de Medicina Interna menor o igual 15 días	<= 15 Días	<= 15 Días	<= 15 Días
Proyección de la Calificación	15	15	15
LINEA BASE	28,70		
ACTIVIDADES A DESARROLLAR	Conocer la oferta real de la institución. -Contratar los especialistas necesarios para lograr una atención oportuna. -Realizar revisión constante del cumplimiento de la meta. -Elaborar plan de mejoramiento, logrando aumentar la programación y rendimiento de la consulta externa especializada.		
RESPONSALBE	SUBGERENCIA CIENTIFICA		

APROBACION

Finalizada la fase de formulación del Plan de Gestión 2017-2020 se presentara a la Junta Directiva dentro de los términos legales vigentes dispuestos en el artículo 743 de la Ley 1438 de 2011, para que proceda a la revisión, análisis y aprobación.

Se anexa cuadro resumen.

IRNE TORRES CASTRO

Gerente General

Hospital Departamental Universitario Evaristo García ESE