



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL
GARZON HUILA
NIT: 891.180.026-5

**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL**

PLAN DE GESTIÓN 2012 – 2016

**GARZÓN - HUILA
JULIO DE 2.012**



GRUPO DIRECTIVO

NÉSTOR JHALYL MONROY ATIA
Gerente

JOSÉ ANTONIO MUÑOZ PAZ
Subdirector Científico

ESPERANZA FIERRO VANEGAS
Subdirector Administrativo

ELIO FABIO RUIZ LARA
Asesor de Control Interno

GLORIA COSTANZA PASTRANA MACÍAS
Gestión de Calidad

GARZÓN- HUILA
JULIO DE 2012



TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
PRESENTACIÓN	4
INTRODUCCIÓN	5
1. NATURALEZA Y RESEÑA HISTÓRICA	5
2. MARCO ESTRATÉGICO	6
2.1. MISIÓN	6
2.2. VISIÓN	6
2.3. VALORES INSTITUCIONALES	6
2.4. POLÍTICA DE CALIDAD	7
3. PLAN DE GESTIÓN 2012 - 2016	7
3.1. FASE DE PREPARACIÓN	7
3.2. FASE DE FORMULACIÓN DE COMPROMISOS, ACCIONES Y METAS ANUALES	16
3.2.1. Área de Gestión y Gerencia	16
3.2.2. Gestión Administrativa y Financiera	17
3.2.3. Clínico o Asistencial	19
3.3. FASE DE APROBACIÓN	21
3.4. FASE DE EJECUCIÓN	21
3.5. FASE DE EVALUACIÓN	21



PRESENTACIÓN

El Plan de Gestión 2012 – 2016, que me honra presentar a la Junta Directiva y a la comunidad hospitalaria, es el documento que focaliza los logros o compromisos de desarrollo que, de manera corporativa, se han diseñado y formulado con el propósito de que la empresa disponga de una herramienta técnica, que oriente permanentemente su quehacer cotidiano, en la tarea de construir el futuro que se merece la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Vicente de Paúl, en pro de un mayor beneficio a la comunidad huilense y demás partes interesadas.

En esta perspectiva, el Plan de Gestión 2012 – 2016, será el promotor del cambio profundo y trascendental que requiere la empresa y un instrumento para la modernización del trabajo empresarial colectivo e individual, que le permita responder exitosamente a las demandas que el entorno le plantea; es decir, tener una empresa focalizada en los usuarios, el mercado y la competencia, sosteniendo una ventaja competitiva en la región.

El Plan de Gestión 2012 – 2016, no es sólo de la Junta Directiva, del Gerente y los Subdirectores Administrativo y Científico o Jefes de Oficina, sino de todos los que integramos la comunidad hospitalaria, a quienes convoco para que lo ha asumamos como nuestro y desde nuestra posición, contribuyamos a situar a nuestra empresa, en el lugar que merece verla en el presente siglo, es decir, en el grupo selecto de los mejores Hospitales de mediana y alta complejidad del país.

El Plan de Gestión 2012 – 2016, fue preparado y formulado basado en el proceso metodológico fijado por la Resolución No. 0710 de 30 de Marzo de 2012, “Por medio de la cual se adoptan las condiciones y metodología para la elaboración y presentación del plan de gestión de los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial, su evaluación por parte de la Junta Directiva, y se dictan otras disposiciones”; emanada del Ministerio de Salud y Protección Social.

Finalmente, deseo expresar mi sincero agradecimiento a las personas de dentro y fuera de la Empresa, por el tiempo dedicado a la tarea de diseñar y formular el Plan de Gestión 2012 – 2016, superando restricciones de todo tipo, lo que me comprometo a reiterarles mi reconocimiento.

NÉSTOR JHALYL MONROY ATIA
Gerente



INTRODUCCIÓN

En cumplimiento de lo fijado por el Artículo 73 de la Ley 1438 de 2.011 “Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones y conscientes de consolidar el marco estratégico de la Empresa Social del Estado Hospital San Vicente de Paúl, el Plan de Gestión 2.012 – 2.016 se orienta a dar cumplimiento a la misión, a los objetivos institucionales y los valores corporativos en pro de lograr la visión empresarial adoptada.

La estructura de su contenido abarca una breve reseña histórica de la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Vicente de Paúl; el marco estratégico que orienta el quehacer cotidiano de la Empresa (Misión, Visión, valores institucionales y política de calidad); el contenido del Plan de Gestión 2012 – 2.016 disgregado en sus cinco fases de estructuración (**Preparación, Formulación** (compromisos, acciones generales y metas anualizadas en las áreas de Dirección y Gerencia, Administrativa y Financiera y Clínica o Asistencial); **Aprobación; Ejecución y Evaluación.**

El trabajo ha sido el resultado del esfuerzo de todos y cada uno de los servidores públicos de la empresa, que de una u otra manera brindaron su aporte individual y colectivo, con el firme propósito de que la empresa disponga de una herramienta técnica que fije el norte, a través del cual, se enfoque su desarrollo a corto, mediano y largo plazo.

1. NATURALEZA Y RESEÑA HISTÓRICA

En Agosto 19 de 1.893, nació la Sociedad San Vicente de Paúl, para ayudar a los pobres necesitados y enfermos. El 7 de Octubre de 1.895, se cristaliza como hospital de Beneficencia según escritura pública 177 de la Notaría de Garzón, cuya misión era la de ofrecer protección a los ancianos e indigentes, siendo un asilo para ellos, además se prestaba el servicio de curaciones. En 1971 se concedió Personería Jurídica y la entidad tomó el nombre de Hospital Integrado San Vicente de Paúl. El 1 de Noviembre de 1973 quedó como Hospital San Vicente de Paúl, hasta el 11 de Enero de 1978 cuando tomó el nombre de Hospital Regional San Vicente de Paúl.

En Agosto 1º de 1.994, mediante Decreto Ordenanza No. 730, se transforma en Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Vicente de Paúl del Municipio de Garzón, como entidad pública de categoría especial, descentralizada del orden Departamental, dotada de personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, sometida al régimen jurídico previsto en el capítulo I11, Título II, Libro Segundo de la Ley 100 del 23 de Diciembre de 1993 y por el Decreto 1876 de 1994, por el derecho privado en lo que se refiere a contratación, y por lo fijado en sus Estatutos.

La Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Vicente de Paúl, cuenta con infraestructura propia ubicada en la calle 7 No 14 – 69 en el Municipio de Garzón; en la zona centro del departamento, integrada por los municipios de Garzón, Altamira, Gigante, Agrado, Tarqui, Suaza, Pital y Guadalupe, los cuales se constituyen en el área de influencia directa de la empresa y quienes remiten sus usuarios a servicios de mediana y alta complejidad



que presta el hospital San Vicente de Paúl y de éste al de mayor complejidad Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo.



La Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Vicente de Paúl, es una institución de mediana complejidad y con servicios complementarios de mayor complejidad, dotado de una variedad de servicios que incluyen entre otros Urgencias y Observación, Médico-Quirúrgicos, Pediatría, Ginecoobstetricia, Pensión, Salas de Cirugía, Consulta Externa, Laboratorio Clínico, Fisioterapia, Nutrición y Dietética, Imágenes Diagnosticas, con Radiología, Ecografía y Topografía Axial Computarizada, Farmacia, Banco de Sangre, Unidad de Cuidados Intensivos Adultos y Neonatal y Trabajo Social; así como los modernos servicios especializados de Endoscopia digestiva, entre otros.

2. MARCO ESTRATÉGICO

2.1. MISIÓN

El Hospital Departamental San Vicente de Paúl de Garzón, ESE, es una empresa que ofrece servicios de salud con resolución de problemas de acuerdo con nuestro nivel de complejidad, con rentabilidad económica y social reflejada ésta en una alta calidad de vida de su comunidad. Nuestro compromiso es generar confianza y tranquilidad al usuario de nuestros servicios, con garantía de calidad, eficiencia, oportunidad, pertinencia, racionalidad lógico-científica y satisfacción. Para ello contamos con el mejor recurso humano que trabaja en equipo, bajo criterios de mejoramiento continuo de la calidad y alto desarrollo humano. Dentro de esta óptica estamos atentos a atender los requerimientos de nuestro entorno, entendido este como los usuarios, empleados y las instancias político-gubernamentales pertinentes

2.2. VISIÓN

Seremos en el 2015, una ESE prestadora de servicios de salud acreditada y reconocida nivel nacional por el mejoramiento continuo de sus procesos, centrada en el usuario y su familia, fortalecimiento del talento humano, innovadores en la prestación de servicios de salud con auto sostenibilidad económica y rentabilidad social.

2.3. VALORES INSTITUCIONALES

- **Respeto:** Es el reconocimiento de que algo o alguien tiene valor. El respeto en las relaciones interpersonales comienza en el individuo, en el reconocimiento del mismo como entidad única que necesita que se comprenda al otro. Consiste en saber valorar los intereses y necesidades de otro individuo en una reunión.
- **Vocación de Servicio:** Es darse de corazón, es dar de nosotros mismos tan sinceramente como nos sea posible, Para brindar a los demás un trato amable y cordial, dentro de una relación de beneficio mutuo.



- **Trabajo en Equipo:** Es coordinar e integrar esfuerzos entre varias personas que se necesitan entre sí para lograr un resultado.
- **Responsabilidad:** Hacer lo que hay que hacer, en el momento justo, en la cantidad esperada y con la calidad deseada.

2.4. POLÍTICA DE CALIDAD

La Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Vicente de Paúl, se compromete a orientar su gestión a la obtención de beneficios y resultados de calidad para la comunidad, por lo cual se obliga a implantar el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud del sistema general de seguridad social en salud y a mejorar continuamente los procesos, contando con funcionarios idóneos, con la participación ciudadana, y ejerciendo un autocontrol integral en forma eficiente, eficaz y efectiva.

3. PLAN DE GESTIÓN 2012 – 2016

En atención a lo fijado por el artículo 73 de la Ley 1438 de 2.011 y en desarrollo de los postulados fijados por la Resolución No. 710 de 2.012 “Por medio de la cual se adoptan las condiciones y metodología para la elaboración y presentación del plan de gestión de los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial, su evaluación por parte de la Junta Directiva, y se dictan otras disposiciones”; emanada del Ministerio de Salud y Protección Social, la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Vicente de Paúl, estructuro el Plan de Gestión 2012 – 2016, el cual se constituye en el referente técnico, que oriente permanentemente su quehacer cotidiano, en la tarea de construir el futuro que se merece la empresa y será el promotor del cambio profundo y trascendental que requiere la empresa y un instrumento para la modernización del trabajo empresarial colectivo e individual, que le permita responder exitosamente a las demandas que el entorno le plantea; es decir, tener una empresa focalizada en los usuarios, el mercado y la competencia, sosteniendo una ventaja competitiva en la región.

El Plan de Gestión contiene entre otros aspectos, las metas de gestión y resultado relacionados con la viabilidad financiera, la calidad y la eficiencia en la prestación de servicios en las tres (3) áreas siguientes de Desarrollo:

- Dirección y Gerencia
- Financiera y Administrativa
- Clínica o Asistencial

El Plan de Gestión integra las cinco (5) fases metodológicas fijadas por la Resolución No. 0710 de 2012 y que se relaciona con las fases de Preparación, Formulación, Aprobación, Ejecución y Evaluación

3.1. FASE DE PREPARACIÓN.

Corresponde iniciadamente con la identificación de las fuentes de información para establecer la Línea Base, insumo fundamental para la formulación del Plan de Gestión 2012 – 2016. La línea base se construye a partir, de la revisión, análisis e interpretación de la información inherente a cada uno de los indicadores estándar fijados por la Resolución 0710 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social. La línea base establecida para las áreas de Dirección y Gerencia, Financiera y Administrativa y Clínica o Asistencial es la siguiente:



ÁREA DE GESTIÓN	No.	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	ESTÁNDAR PARA CADA AÑO	FUENTES DE INFORMACIÓN PARA LA LÍNEA BASE	VARIABLES DE LA FORMULA (Numerador/Denominador)		LÍNEA BASE 31-12-2012	OBSERVACIONES
DIRECCIÓN Y GERENCIA (20%)	1	Mejoramiento continuo de la calidad aplicable a entidades acreditadas	Indicador nominal	- Mantener la Acreditación - Autoevaluación en la vigencia evaluada ≥ 3.5	- Certificación de Acreditación - Documento de Autoevaluación	NA	NA	NA	La ESE no se halla Acreditada
		Mejoramiento continuo de la calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	Promedio de la calificación de autoevaluación en la vigencia evaluada/ Promedio de la calificación de autoevaluación de la vigencia anterior.	- ≥ 1.20 - Acreditación en la vigencia evaluada - Postulación para la acreditación, formalizada con contrato	- Documento de Autoevaluación - Certificación de acreditación - Contrato de postulación	0,0	0,0	1,31	La última autoevaluación para la acreditación fue realizada en la vigencia fiscal de 2011-2012, según Resolución 1445 de 2006. Las autoevaluaciones a realizar serán conforme a la resolución 123 de 2012
		Mejoramiento continuo de la calidad para entidades no acreditadas sin autoevaluación en la vigencia anterior	Indicador nominal	- Acreditación en la vigencia evaluada - Postulación para la acreditación, formalizada con contrato	- Certificación de acreditación - Contrato de postulación	NA	NA	NA	La ESE ha avanzado en el proceso de acreditación



	2	Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud.	Número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas / Total de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoría registrados en el PAMEC	≥0.90	Certificación de la Oficina de Calidad u Oficina de Control Interno sobre el cumplimiento de los planes de mejoramiento continuo implementados con enfoque de acreditación	11,0	12,0	0,92	Oportunidad de mejora a través del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en Salud (PAMEC), certificada por la Coordinación de Gestión de Calidad
	3	Gestión de Ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	Numero de metas del Plan Operativo anual cumplidas / Numero de metas del Plan Operativo anual programadas.	≥0.90	Informe del responsable de Planeación de la ESE de lo contrario informe de Control Interno de la entidad	101,00	109,00	0,93	Según certificación expedida por Control Interno, de acuerdo a la metodología fijada por la Resolución 473 de 2008
FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA (40%)	4	Riesgo fiscal y financiero	Adopción del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero	Adopción del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero	Acto Administrativo mediante el cual se adoptó el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero para las ESE categorizadas con riesgo medio o alto	Categorizada RIESGO BAJO	Categorizada RIESGO BAJO	Categorizada RIESGO BAJO	Categorización de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial para la vigencia fiscal de 2012, según resolución 2509 de 2012



5	<p>Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida (1)</p>	<p>[(Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en el año objeto de la evaluación / Numero de UVR producidas en la vigencia)/(Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia anterior- en valores constantes del año objeto de evaluación / Numero UVR producidas en la vigencia anterior)]</p>	<0.90	<p>Ficha Técnica de la pagina WEB del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social.</p>	8.752,0	9.790	0,89	<p>Resultados del ejercicio del aplicativo para calcular variación de la Unidad de Valor Relativa total, suministrada por la Secretaria Departamental de Salud, conforme a la producción total de la ESE a Diciembre 31 de 2012</p>
6	<p>Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquirido 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 	<p>Valor total adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico realizadas mediante uno o más de los siguientes mecanismos:</p> <ol style="list-style-type: none"> (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. 	≥0.70	<p>Informe del responsable del área de compras, firmado por el Revisor Fiscal, en caso de no contar con Revisor Fiscal, firmado por el Contador y el Responsable de Control Interno de la ESE</p>	0,00	0,00	0,00	<p>En el Departamento del Huila, actualmente no se han conformado las Cooperativas de Empresas Sociales del Estado</p>



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	<p>- 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.</p> <p>- [(Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de Diciembre de la vigencia 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)]</p>	Cero (0) o variación negativa	Certificación de Revisoría Fiscal, en caso de no contar con Revisor Fiscal, del Contador de la ESE	\$ 96.894.935	\$ 1.346.734.421	(\$ 1.249.839.486)	Variación interanual negativa de la deuda 2012 respecto a la observada en el 2011 a valores constantes
8	Utilización de información del Registro Individual de Prestaciones - RIPS	Numero de informes del análisis de la prestación de servicios de la ESE a la Junta Directiva con base en RIPS en la vigencia. En el caso de instituciones clasificadas en primer nivel el informe deberá contener la caracterización de la población capitada, teniendo en cuenta como mínimo, el perfil epidemiológico y las frecuencias de uso de los	4	Informe del responsable de Planeación de la ESE o quien haga sus veces - Actas de Junta Directiva	Tres informes	Tres informes	Tres informes	Se presentaron tres informes RIPS a Junta Directiva



		servicios						
9	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo	Valor de la Ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (incluye recaudo de CxC de vigencias anteriores)/ Valor de la ejecución de gastos comprometidos incluyendo CxP de vigencias anteriores.	≥1.00	Ficha Técnica de la pagina WEB del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social.	\$ 35.984.104.131	41.735.023.551	0,86	Resultado de equilibrio presupuestal con recaudo
10	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la circular única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Superintendencia Nacional de Salud	Reporte Oportuno	Reporte Oportuno	Reporte Oportuno	Superintendencia Nacional de Salud
11	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2.004 o la norma que la sustituya	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Ministerio de Salud y Protección Social	Reporte Oportuno	Reporte Oportuno	Reporte Oportuno	Ministerio de Salud y Protección Social



CLÍNICA O ASISTENCIAL (40%)	12	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para Hemorragias del III trimestre o trastornos hipertensivos gestantes	Número de Historias Clínicas auditadas, que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de manejo para hemorragias del III trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación/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 del III trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación.	≥0.80	Informe del Comité de Historias Clínicas de la ESE	12,0	12,0	100,0%	Informe de Gestión de Calidad
	13	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de Egreso hospitalario o de morbilidad atendida	Número de Historias Clínicas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de manejo adoptada por la ESE para el diagnóstico de la primera causa de egreso Hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia/Total Historias Clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia.	≥0.80	Informe del Comité de Historias Clínicas de la ESE	8,0	10,0	80,0%	Informe de Gestión de Calidad



14	Oportunidad en la realización de Apendicectomía	Número de pacientes con diagnóstico de Apendicitis al egreso a quienes se realizó la Apendicectomía, dentro de las seis horas de confirmado el diagnóstico/Total de pacientes con diagnóstico de Apendicitis al egreso en la vigencia objeto de evaluación	≥0.90	Informe de la Subgerencia Científica de la ESE o quien haga sus veces	77,0	96,0	80,2%	Informe de Gestión de Calidad
15	Número de pacientes pediátricos con Neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación. - (Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación / Número de pacientes pediátricos con neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalario de la vigencia anterior)	Cero (0) o variación negativa	Comité de Calidad o quien haga sus veces	0	1	0,0%	No se presentaron casos de Neumonía Broncoaspirativa de origen intrahospitalario durante el último trimestre de 2012
16	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo del Miocardio (IAM)	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	≥0.90	Comité de Calidad o quien haga sus veces	13,0	14,0	92,9%	Informe de Gestión de Calidad



17	Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria	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	≥ 0.90	Comité de mortalidad hospitalaria o quien haga sus veces	11,0	11,0	100,0%	Informe de Gestión de Calidad
18	Oportunidad en la atención de consulta de Pediatría	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita, por cualquier medio, para ser atendido en la consulta médica pediátrica y la fecha para la cual es asignada la cita/Número total de consultas médicas pediátricas	≤ 5	Superintendencia Nacional de Salud	8.483	1.761	4,8	Informe de Gestión de Calidad
19	Oportunidad en la atención Gineco-obstétrica	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual la paciente solicita cita, por cualquier medio, para ser atendido en la consulta médica gineco-obstétrica y la fecha para la cual es asignada la cita/Número total de consultas médicas gineco-obstétricas asignadas en la institución	≤ 8	Superintendencia Nacional de Salud	13.571	2.814	4,8	Informe de Gestión de Calidad
20	Oportunidad en la atención de Medicina Interna	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita, por cualquier medio, para ser atendido en la consulta de Medicina Interna y la fecha para la cual es asignada la cita/Número total de	≤ 15	Superintendencia Nacional de Salud	57.615	3.315	17,4	Informe de Gestión de Calidad



		consultas de Medicina Interna asignadas en la institución					
--	--	---	--	--	--	--	--

3.2. FASE DE FORMULACIÓN DE COMPROMISOS, ACCIONES Y METAS ANUALES

El diagnóstico inicial de cada uno de los indicadores reflejados en la matriz anterior de la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Vicente de Paúl, refleja con evidencias suficientes, las condiciones en las cuales se encuentra cada indicador, tanto cuantitativa como cualitativamente de tal manera que permite identificar de donde se está partiendo y cuáles son los retos implicados para cambiar la situación de la empresa, mediante los compromisos, acciones generales y las metas que se plantean a continuación.

3.2.1. Área de Gestión y Gerencia

ÁREA DE GESTIÓN	LOGROS O COMPROMISOS 01/04/2012 - 31/03/2016	ACTIVIDADES GENERALES
DIRECCIÓN Y GERENCIA (20%)	Garantiza el despliegue y la comprensión del direccionamiento y el plan de Gestión 2012 - 2016 a toda la comunidad hospitalaria	Realizar la ejecución, seguimiento y evaluación en condiciones de eficiencia y efectividad el Plan de Gestión y los Planes Operativos anuales
	Fortalecer y consolidar la implementación del Sistema Integrado de Gestión y Control (SIGC)	Realizar el monitoreo, seguimiento y evaluación al desarrollo del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en la Atención en Salud e implementar el mejoramiento continuo de procesos
		Realizar el monitoreo, seguimiento y evaluación al desarrollo del Modelo Estándar de Control Interno y al Sistema Administrativo e implementar el mejoramiento continuo de los procesos
	Garantizar en condiciones de eficiencia efectividad la gestión del ambiente físico y tecnológico apropiado para el desarrollo auto sostenido de la ESE	Presentación de los proyectos para la modernización de la infraestructura física y dotación de equipos acorde a la demanda actual y potencial de la Empresa.
Presentar los estudios de viabilidad técnicos-financieros para la implementación de nuevos servicios de mediana y alta complejidad en la ESE ante la Secretaría de Salud Departamental del Huila		



- Metas Anualizadas

ÁREA DE GESTIÓN	No.	INDICADOR	ESTÁNDAR PARA CADA AÑO	LÍNEA BASE DICIEMBRE 31 DE 2012	METAS DEL PLAN DE GESTIÓN				
					05-07 al 31/12/2012	01/01 al 31/12/2013	01/01 al 31/12/2014	01/01 al 31/12/2015	Hasta el 31/03/16
DIRECCIÓN Y GERENCIA (20%)	1	Mejoramiento continuo de la calidad aplicable a entidades acreditadas	- Mantener la Acreditación - Autoevaluación en la vigencia evaluada ≥ 3.5	NA	NA	NA	NA	NA	NA
		Mejoramiento continuo de la calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	- ≥ 1.20 - Acreditación en la vigencia evaluada - Postulación para la acreditación, formalizada con contrato	1,31	≥ 0.60	≥ 1.11	≥ 1.15	≥ 1.20	≥ 1.20
		Mejoramiento continuo de la calidad para entidades no acreditadas sin autoevaluación en la vigencia anterior	- Acreditación en la vigencia evaluada - Postulación para la acreditación, formalizada con contrato	NA	NA	NA	NA	NA	NA
	2	Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud.	≥ 0.90	0,917	≥ 0.90	≥ 0.91	≥ 0.92	≥ 0.93	≥ 0.95
	3	Gestión de Ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	≥ 0.90	0,927	≥ 0.90	≥ 0.93	≥ 0.95	≥ 0.95	≥ 0.95

3.2.2. Gestión Administrativa y Financiera

ÁREA DE GESTIÓN	LOGROS O COMPROMISOS 01/04/2.012 - 31/03/2.016	ACTIVIDADES GENERALES
-----------------	--	-----------------------



FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA (40%)	Fortalecer y consolidar el proceso de gestión financiera, tendiente a mantener y sostener la rentabilidad económica y social de la ESE	Realizar monitoreo, seguimiento y evaluación permanente a la ejecución presupuestal de la ESE
		Realizar monitoreo, seguimiento y evaluación permanente a la facturación de servicios y a la auditoría de cuentas e implementado el mejoramiento continuo de los procesos inherentes a la gestión financiera
		Realizar monitoreo, seguimiento y evaluación permanente a la gestión de cartera para dinamizar el recaudo.
		Realizar el monitoreo, seguimiento y control a la gestión de envío de información oportuna a los órganos de inspección, vigilancia y control
	Fortalecer y consolidar la política de desarrollo del talento humano	Realizar el estudio de clima organizacional, para implementar acciones de mejora continua
		Realizar la ejecución de los programas capacitación, inducción y bienestar social e incentivos para el personal de planta de la ESE
		Realizar la ejecución del programa de Salud Ocupacional
	Fortalecer y consolidar el Sistema de Información de la ESE	Realizar la complementación de los módulos administrativos y asistenciales del Sistema Dinámica Gerencial
		Realizar mejoras continuas en los registros de producción para la disposición de información veraz y oportuna
		Realizar mejoras en las comunicaciones internas y externa de la ESE.

- **Metas Anualizadas**

ÁREA DE GESTIÓN	No.	INDICADOR	ESTÁNDAR PARA CADA AÑO	LÍNEA BASE DICIEMBRE 31 DE 2012	METAS DEL PLAN DE GESTIÓN				
					05-07 al 31/12/2012	01/01 al 31/12/2013	01/01 al 31/12/2014	01/01 al 31/12/2015	Hasta el 31/03/16
FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA (40%)	4	Riesgo fiscal y financiero	Adopción del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero	Categorizada RIESGO BAJO	Categorizada RIESGO BAJO	Categorizada RIESGO BAJO	Categorizada RIESGO BAJO	Categorizada RIESGO BAJO	Categorizada RIESGO BAJO
	5	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida (2)	<0.90	0,89	<0.98	<0.99	<0.90	<0.90	<0.90



6	Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquiridos mediante mecanismos de compras conjuntas, a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado y/o mecanismos electrónicos	≥0.70	0	≥0.00	≥0.70	≥0.72	≥0.72	≥0.72
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	Cero (0) o variación negativa	(1.249.839.486)	Cero (0) o variación negativa				
8	Utilización de información del Registro Individual de Prestaciones - RIPS	4	Tres informes	3	4	5	5	5
9	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo	≥1.00	0,86	≥0.91	≥0.92	≥0.93	≥0.93	≥0.93
10	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la circular única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Reporte Oportuno	Reporte Oportuno	Reporte Oportuno	Reporte Oportuno	Reporte Oportuno	Reporte Oportuno
11	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2.004 o la norma que la sustituya	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Reporte Oportuno	Reporte Oportuno	Reporte Oportuno	Reporte Oportuno	Reporte Oportuno	Reporte Oportuno

3.2.3. Clínico o Asistencial

ÁREA DE GESTIÓN	LOGROS O COMPROMISOS 01/04/2.012 - 31/03/2.016	ACTIVIDADES GENERALES
CLÍNICA O ASISTENCIAL (40%)	Lograr la revisión y evaluación de las guías de manejo y protocolos de atención de las causas de morbimortalidad a las que se refiere la Resolución 710 de 2012, y/o la norma que lo sustituya con la respectiva autoevaluación del personal médico	Realizar la implementación de auditoría concurrente en los servicios
		Realizar la elaboración de cronograma de capacitación y autoevaluación de las guías que se refiere a parte asistencial de la Resolución 710 de 2012
		Revisar adherencia real de guías y protocolos a través de la revisión de historias clínicas.
	Garantizar un equipo médico y de especialistas, comprometidos con la oportuna identificación de patologías cuyo manejo oportuno cambia el pronóstico como el caso del infarto agudo del miocardio y la	Realizar la elaboración de cronograma de capacitación y autoevaluación de las guías de manejo de infarto agudo de miocardio y Apendicitis
		Revisar adherencia real de guías y protocolos a través de la revisión de historias clínicas.



	Apendicitis y asegurar los elementos logísticos necesarios para la correcta aplicación de los medios señalados por las guías y protocolos de manejo	Facilitar los medios logísticos (medicamentos, equipos, quirófanos) para la atención oportuna y pertinente de este tipo de patologías.
	Manejar mecanismos de agenda flexible y horarios adicionales en las especialidades referentes a pediatría, ginecología y medicina interna, para asignar de carácter inmediato las citas medicas que por mayor demanda se han requeridas	Asegurar horas de especialista necesarias en las tres especialidades para cubrir la demanda requerida
		Realizar comité de consulta externa para verificar la demanda insatisfecha

- Metas Anualizadas

ÁREA DE GESTIÓN	No.	INDICADOR	ESTÁNDAR PARA CADA AÑO	LÍNEA BASE DICIEMBRE 31 DE 2012	METAS DEL PLAN DE GESTIÓN				
					05-07 al 31/12/2012	01/01 al 31/12/2013	01/01 al 31/12/2014	01/01 al 31/12/2015	Hasta el 31/03/16
CLÍNICA O ASISTENCIAL (40%)	12	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Hemorragias del III trimestre y trastornos hipertensivos en la gestación	≥0.80	0	≥0.57	≥0.70	≥0.80	≥0.80	≥0.80
	13	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de Egreso hospitalario o de morbilidad atendida (3).	≥0.80	0	≥0.57	≥0.70	≥0.80	≥0.80	≥0.80
	14	Oportunidad en la realización de Apendicetomía	≥0.90	0	≥0.71	≥0.76	≥0.90	≥0.90	≥0.90
	15	Número de pacientes pediátricos con Neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual	Cero (0) o variación negativa	1	Cero (0) o variación negativa				
	16	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo del Miocardio (IAM)	≥0.90	0	≥0.71	≥0.90	≥0.92	≥0.92	≥0.92
	17	Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria	≥0.90	0	≥0.71	≥0.90	≥0.92	≥0.92	≥0.92
	18	Oportunidad en la atención de consulta de Pediatría	≤ 5	4.7	≤ 4.7	≤ 4.7	≤ 4.7	≤ 4.7	≤ 4.7
	19	Oportunidad en la atención Gineco-obstétrica	≤ 8	4.0	≤ 4.0	≤ 4.0	≤ 4.0	≤ 4.0	≤ 4.0
	20	Oportunidad en la atención de Medicina Interna	≤ 15	11.1	≤ 11.1	≤ 11.1	≤ 11.1	≤ 11.1	≤ 11.1



3.3. FASE DE APROBACIÓN

En esta fase, el Gerente de la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Vicente de Paúl de Garzón Huila, presenta el proyecto Plan de Gestión 2012 – 2016 a la Junta Directiva de la ESE dentro de los términos legales fijados por la Ley 1438 de 2.011, para su estudio y aprobación mediante Acuerdo de la Junta Directiva, dejando constancia en la respectiva acta de la sesión en la cual fue aprobado el Plan de Gestión.

3.4. FASE DE EJECUCIÓN

Una vez aprobado el Plan de Gestión 2012 - 2016, este debe ser ejecutado por la Gerencia de la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Vicente de Paúl de Garzón Huila, lo cual comprende:

1. El despliegue del mismo a las áreas y unidades de gestión de la entidad, en forma de planes de acción, con la asignación de responsabilidades.
2. El seguimiento de la ejecución de las actividades de manera sistemática y con evidencias sobre las decisiones tomadas para garantizar la continuidad y/o los ajustes de las mismas.
3. Presentación a la Junta Directiva del Informe Anual sobre el cumplimiento del Plan de Gestión

3.5. FASE DE EVALUACIÓN

Fase mediante el cual, la Junta Directiva de la ESE dispone de información veraz y oportuna para realizar la evaluación de la gestión gerencial conforme lo fija la Ley 1438 de 2.011. Para ello el Gerente de la empresa deberá presentar antes del 1º de Abril de cada año, el informe de gestión con corte al 31 de Diciembre del año anterior, el cual deberá contener los logros de los indicadores de gestión y resultados de la empresa y un análisis comparativo con los indicadores de cumplimiento de las metas de gestión y de resultados, incluidos en el Plan de Gestión aprobado por la Junta Directiva, junto con un informe motivado de las causas de las desviaciones en los indicadores establecidos en el Plan de Gestión cuando haya lugar, y de los efectos de estas en la gestión de la entidad.

El Plan de Gestión 2012 – 2016, que presento a los honorables miembros de la Junta Directiva fue preparado y formulado basado en el proceso metodológico fijado por la Resolución No. 0710 de 30 de Marzo de 2012, “Por medio de la cual se adoptan las condiciones y metodología para la elaboración y presentación del plan de gestión de los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial, su evaluación por parte de la Junta Directiva, y se dictan otras disposiciones”; emanada del Ministerio de Salud y Protección Social.

(Firmado Original Impreso)

NÉSTOR JHALYL MONROY ATIA

Gerente