

PLAN DE GESTIÓN 2020-2024

INTRODUCCIÓN

Dentro de la normatividad vigente las empresas sociales del estado deben presentar un proyecto denominado Plan de gestión, el cual se ejecutará en el periodo para el que fue elegido el Gerente (Ley 1438 de 2011 en su Artículo 73). Este plan de gestión cumple lo establecido en la Resolución N°408 de 2018, con la que se modificó la Resolución N°743 de 2013.

El plan de gestión se realiza para el cumplimiento de cada indicador en las áreas de Dirección y Gerencia, Financiera y Administrativa y de Gestión Clínica o asistencial, teniendo en cuenta las disposiciones de la norma y las necesidades de la Unidad de Salud de Ibagué, las cuales se presentan a consideración de la Honorable Junta Directiva.

El plan de Gestión es el plan de acción que define las metas a cumplir durante el periodo y cómo se van a lograr de acuerdo a lo establecido en la norma para cada uno de los indicadores allí planteados y para los cuales se trazan las estrategias y acciones a realizar alcanzar su cumplimiento y convertirse en ejes trazadores de la gestión.

El trabajo que se desarrolla para el cumplimiento de las metas de cada uno de los indicadores planteados debe ser constante, revisado y monitoreado, donde la proyección que se presenta en este desarrollo, deberá ser cumplida en pro de la mejora continua para la prestación del servicio con calidad, oportunidad y accesibilidad.

Se inicia con un diagnóstico de la institución que permite desarrollar con claridad las estrategias de cada indicador de forma real y atendiendo las necesidades y prioridades que requiere la ESE durante el periodo para ser una empresa financieramente confiable y con metas administrativas y asistenciales claras, que permiten fortalecer la competencia en la prestación del servicio como único prestador primario público del municipio.

1 MARCO LEGAL

- ✓ Ley 1122 de 2007. tiene como objeto realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios
- ✓ Decreto 357 de febrero 8 de 2008. tiene por objeto regular los aspectos relacionados con la presentación, aprobación y evaluación del plan de gestión que debe ser ejecutado por los Directores o Gerentes de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial, durante el período para el cual fueron designados mediante concurso o reelección; así como establecer condiciones para la reelección de los mismos.
- ✓ Ley 1438 de 2011, artículos 72, 73 y 74 Artículo 72. Elección y evaluación de Directores o Gerentes de Hospitales Artículo 73. Procedimiento para la aprobación del Plan de Gestión de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial y Artículo 74 Evaluación del Plan de Gestión del Director o Gerente de Empresas Sociales del Estado del orden territorial.
- ✓ Resolución 0710 de marzo 30 de 2012 y sus anexos técnicos. Por medio de la cual se adoptan las condiciones y metodología para la elaboración y presentación del plan de gestión por parte de los gerentes o directores de las empresas sociales del Estado del orden territorial, su evaluación por parte de la junta directiva, y se dictan otras disposiciones.
- ✓ Resolución 0743 de marzo 15 de 2013 y sus anexos técnicos. Por la cual se modifica la Resolución 710 de 2012 y se dictan otras disposiciones "... Modifíquense los anexos números 2, 3, y 4 del artículo 2º de la Resolución 710 de 2012, que hacen parte integral de la misma, los cuales quedarán tal y como se reflejan en la presente resolución..."
- ✓ Resolución 0408 del 15 de febrero de 2018 Por la cual se modifica la Resolución 710 de 2012, modificada por la Resolución 743 de 2013 y se dictan otras disposiciones. "... Sustitúyanse los anexos 2 , 3 , y 4 adoptados en la Resolución 710 de 2012, modificada por la Resolución 743 de 2013 , por los anexos 2, 3, y 4 que hacen parte integral de la presente resolución..."

2 OBJETIVO GENERAL

Realizar el plan de gestión para el mejoramiento continuo de la prestación del servicio con calidad, oportunidad y accesibilidad a través del fortalecimiento financiero, administrativo y asistencial de la institución

2.1 OBJETIVOS ESPECIFICOS

Ejecutar las acciones necesarias para dar cumplimiento a los indicadores establecidos en el plan de gestión institucional a través del seguimiento y evaluación de las estrategias planteadas.

Dar cumplimiento a los estándares mínimos requeridos para el plan de gestión.

Definir las líneas base de cada uno de los indicadores que permitan evidenciar la trazabilidad de la gestión.

3. DEFINICIONES

EFICIENCIA:

Relación que existe entre los recursos empleados en una actividad o proyecto y los resultados obtenidos con el mismo. Hace referencia sobre todo a la obtención de un mismo objetivo con el empleo del menor número posible de recursos o cuando se alcanzan más metas con el mismo número de recursos o menos .

EFICACIA

La evaluación de eficacia se convierte en un componente esencial, donde se mide el grado de cumplimiento de las metas propuestas en el plan de gestión gerencial. Entre mayor sea el nivel de cumplimiento en las metas trazadas, mayor es el nivel de eficacia obtenido y, en consecuencia, mayor será el grado de satisfacción de la institución.

EFFECTIVIDAD

La efectividad es el equilibrio entre eficacia y eficiencia, es decir, se es efectivo si se es eficaz y eficiente.

INDICADOR

Punto de referencia que brinda información cualitativa o cuantitativa, conformada por uno o varios datos constituidos por percepciones, números, hechos, opiniones o medidas, que permiten seguir el desenvolvimiento de un proceso y su evaluación y que deben guardar relación con el mismo.

PONDERACIÓN

Es el peso porcentual de cada uno de los indicadores y/o criterios establecidos en una medición determinada, sobre el valor total de las áreas o programas que integran cada uno de los indicadores.

UNIDAD DE VALOR RELATIVO (UVR):

Es la actualización ajustada de la producción de servicios ofertados en un periodo dado, llevado a valores constantes y comparables con las vigencias anteriores, brindando elementos de evaluación comparativa de eficiencia hospitalaria.

ACCESIBILIDAD

Condición que permite en cualquier espacio o ambiente ya sea interior o exterior, el fácil y seguro desplazamiento de la población en general y el uso en forma confiable, eficiente y autónoma de los servicios instalados.

COMPETENCIA

Son las cualidades, principios, habilidades que debe tener una persona para desempeñar un determinado cargo en su campo.

EVIDENCIA

Información cuya veracidad puede ser probada basada en hechos conocidos a través de la observación y medición datos que respaldan la existencia de algo.

GESTIÓN

Actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización.

4. RESEÑA INSTITUCIONAL

A partir de la expedición del Acuerdo No. 009 de agosto 11 de 2017, proferido por el Concejo Municipal de Ibagué, en el que se facultó al Alcalde Municipal para realizar la fusión de las Empresas Sociales del Estado del orden Municipal, en uso de dichas facultades, el Alcalde de Ibagué profiere el Decreto Municipal No. 1000-0754 de agosto 25 de 2017, donde fusiona las Empresas Sociales del Estado del Municipio de Ibagué, denominadas Unidad de Salud de Ibagué Empresa Social del Estado U.S.I. – E.S.E. y el Hospital San Francisco E.S.E., en una sola empresa, cuya denominación es Unidad de Salud de Ibagué U.S.I. –E.S.E., y quien debe garantizar la continuidad de la prestación de servicios de salud a la población que venía atendiendo ésta y el Hospital San Francisco E.S.E., para efectos legales y demás, el Hospital se convierte en una Unidad Intermedia de la USI – ESE.

La Junta Directiva de la Unidad de Salud de Ibagué U.S.I. – E.S.E., mediante la expedición de actos administrativos, hace realidad el proceso de fusión y por Acuerdo No. 011 de septiembre 08 de 2017, aprobó la incorporación de la planta de cargos del Hospital San Francisco E.S.E., a la planta de cargos de la Unidad de Salud de Ibagué U.S.I.- E.S.E., de forma transitoria, en los términos establecidos en el Artículo 4 del Decreto 1000-0754 de 2017, de igual manera los manuales de funciones y demás actos tendientes a darle continuidad y permanencia a las dos entidades garantizando la prestación de los servicios en cada uno de los puntos de atención.

PLATAFORMA ESTRATÉGICA DE LA USI ESE

MISIÓN.

Somos una Empresa Social del Estado, prestador público del componente primario del Municipio de Ibagué, con una extensa red de servicios en el área rural y urbana. Ofrecemos atención integral, humanizada, con calidad y seguridad; fortalecidos en la promoción, prevención y mantenimiento de la salud; contribuyendo a mejorar la salud del individuo, la familia y la Comunidad; contando con talento humano

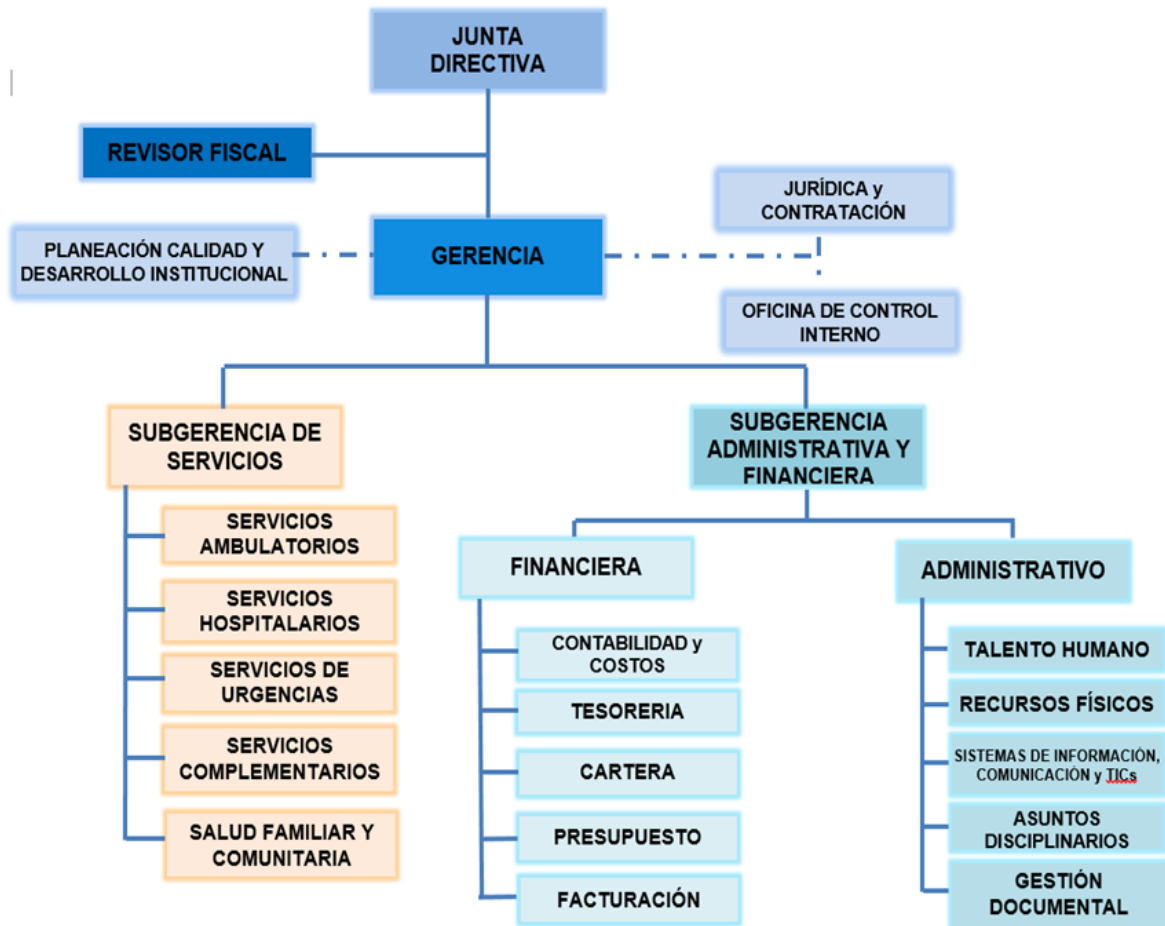
VISIÓN.

Como prestador público del componente primario en el Municipio de Ibagué, para el año 2025 proyectamos alcanzar una cobertura del 80% de las necesidades en salud de nuestros usuarios, centrados en lograr la atención integral en salud, de la persona, la familia y la Comunidad, fortalecidos con procesos de responsabilidad social, docencia e investigación

MAPA DE PROCESOS



ORGANIGRAMA



PORTAFOLIO DE SERVICIOS

**GESTION AMBULATORIA
PROMOCION Y MANTENIMIENTO
DE LA SALUD.**
Consulta Medicina General
Odontología- Salud Oral

OTROS SERVICIOS

Psicología
Nutrición
Trabajo Social
Fisioterapia

SERVICIOS ESPECIALIZADOS

Pediatría
Ginecobstetricia
Medicina Familiar
Medicina Interna
Psiquiatría
Geriatría

ATENCION MATERNO INFANTIL

Consulta Preconcepcional
Consulta Medicina General Gestantes
Consulta Médica Control Prenatal
Consulta Enfermería Control Prenatal
Consulta Especializada Ginecobstetricia
Consulta Especializada Pediatría
Consulta Odontología

✓ SALUD PÚBLICA:

- ✓ Cuenta con la capacidad técnica y científica, para desarrollar programas y actividades colectivas de salud pública en:
- ✓ Acciones de promoción de la salud y calidad de vida.
- ✓ Acciones de prevención de los riesgos biológicos, sociales, ambientales y sanitarios.
- ✓ Acciones de vigilancia en salud y gestión del conocimiento.
- ✓ Programa de Vigilancia Epidemiológica.

➤ SERVICIOS DE URGENCIAS Y OTROS SERVICIOS

- Consulta de Urgencias.
- Hospitalización y sala de partos
- Laboratorio Clínico de Baja Complejidad.
- Apoyo diagnóstico y complementario terapéutico
- Traslado Asistencial Básico
- Servicio Farmacéutico.

CAPACIDAD INSTALADA

UNIDADES INTERMEDIAS

CUATRO (4)

Unidad de Salud San Francisco
Unidad de Salud del Sur
Unidad de salud el Jordán
Unidad de salud del Salado

CENTROS DE SALUD

Ubicados en la zona urbana de Ibagué en las diferentes comunas

21 Centros de salud

GAVIOTA – DELICIAS -
AMBALA – PICALÉÑA –
TOPACIO - LA CIMA JARDIN
GAITAN - 20 DE JULIO

PUESTOS DE SALUD

Ubicados en la zona rural del Municipio de Ibagué

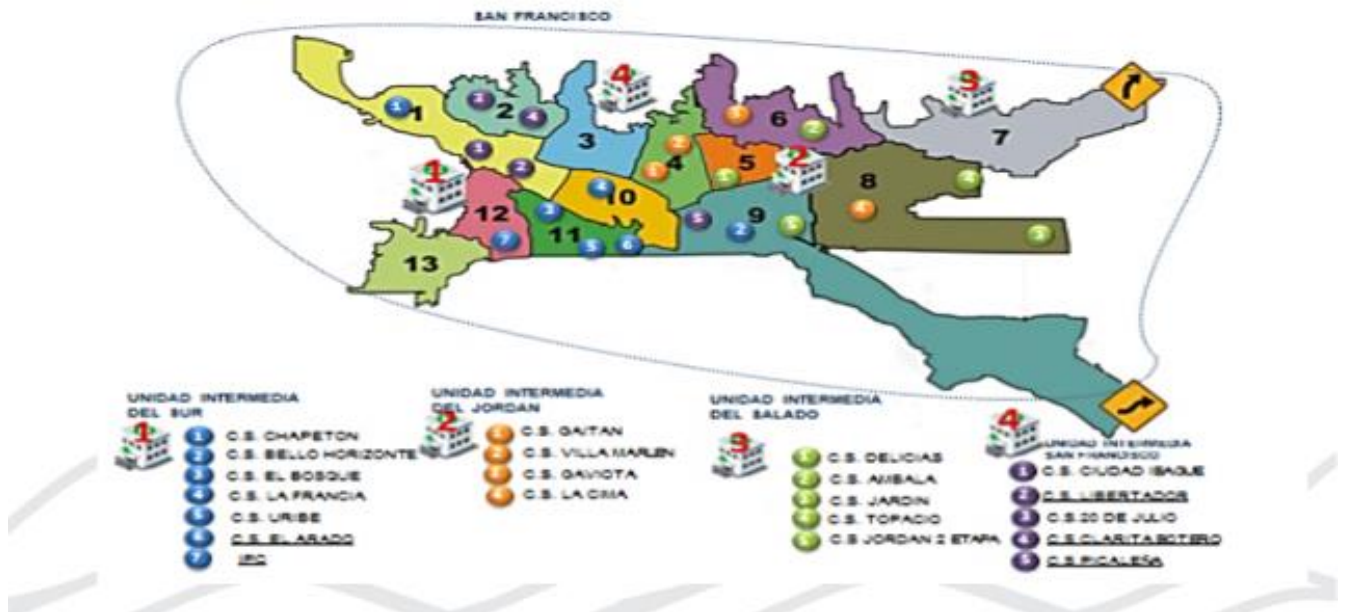
7 Microterritorios

19 puestos

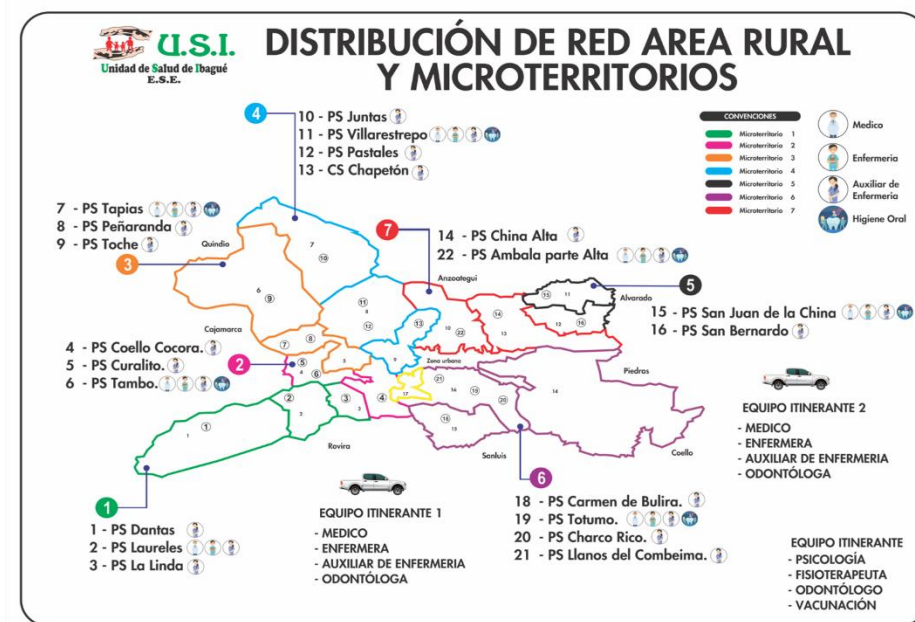
2 PUESTOS CERRADOS POR
INFRAESTRUTURA

SERVICIO	UI.SFCO	UI.SALADO	UI.JORDAN	UI.SUR	Centros Salud	Puestos Salud	TOTAL
CAMAS HOSPITALIZACION	41	0	0	29	0	0	70
CAMILLAS OBSERVACION	24	11	9	11	0	0	55
SALA PARTOS	2	0	0	0	0	0	2
CONSULTORIO CONSULTA URGENCIAS	5	1	2	3	0	0	11
CONSULTORIO CONSULTA EXTERNA	7	2	4	3	21	19	56
CONSULTORIO PYP	4	1	1	1	0	0	7
UNIDADES ODONTOLÓGICAS	4	2	2	4	16	0	28
UNIDADES MÓVILES	2	0	0	0	0	0	2
AMBULANCIAS TAB	4	0	0	0	0	0	4
AMBULANCIA MEDICALIZADA	1	0	0	0	0	0	1
TOMA DE CITOLOGÍA VAGINAL	1	1	1	1	19		23
UNIDADES TOMA RX ODONTOLÓGICA	1	1	1	1	2	0	6

Centros de atención urbanos



PUESTOS DE SALUD RURALES



5. ELABORACIÓN

El Plan de Gestión 2020-2024 de la Gerencia, se desarrolló mediante la aplicación de la metodología establecida por el Ministerio de Salud y Protección Social mediante Resolución 0408 de 2018 modificatoria de las Resoluciones 710 de 2012 y 743 de 2013; se tuvo en cuenta el establecimiento de la nueva propuesta presentada por la Gerencia para el fortalecimiento de servicios en los próximos cuatro años, como mecanismo de mejoramiento en la atención a los usuarios y la sostenibilidad de las finanzas internas de la institución.

De acuerdo con la Metodología y los criterios de evaluación para la propuesta de Plan de Gestión, las siguientes son las áreas con su respectiva participación:

ÁREAS DE GESTIÓN	PARTICIPACIÓN
1. DIRECCIÓN Y GERENCIA	20%
2. FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA	40%
3. GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL	40%
TOTAL	100%

El presente plan, una vez aprobado por la Junta Directiva deberá servir como insumo importante en la construcción del nuevo Plan de Desarrollo Institucional para la vigencia 2020-2024.

El plan se desarrolló con un enfoque de mejoramiento para cada uno de los indicadores propuestos, mediante la formulación de estrategias que permitan ser evaluadas y medibles en el tiempo.

Una vez la actual propuesta sea puesta a consideración y aprobación de la Junta Directiva, se desarrollarán las fases de Aprobación y Ejecución que hacen parte del Plan.

Para la elaboración del presente de Plan de Gestión, se contó con la participación de los líderes de áreas relacionadas con cada indicador; para llevar a cabo la ejecución cíclica y administrativa de las siguientes cinco (5) fases:

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

5.1. FASE DE PREPARACIÓN:

Mediante la cual los diferentes líderes de los procesos involucrados en las áreas de Gestión aportan la información requerida para la Formulación del Plan, se realizó análisis de información estadística, informes de Gestión por áreas, información primaria generada en el proceso de evaluación del Plan de Gestión a 31 de diciembre de 2019. Lo anterior, con el fin de construir el diagnóstico que permite realizar la propuesta estratégica para el periodo de análisis.

2.2 FASE DE FÓRMULACIÓN: (Diagnóstico Inicial, Escenario Proyectado y Metas Anuales)

2.2.1 Diagnóstico Inicial:

El propósito en esta fase fue el de establecer el diagnóstico inicial con corte a 31 de diciembre de 2019, como lo cita la normatividad vigente, proceso desarrollado con equipos de trabajo y líderes de las diferentes áreas, coordinados por la Oficina de Planeación, Calidad y Desarrollo Institucional del Hospital, los cuales aportaron los debidos soportes en forma cuantitativa y cualitativa para cada uno de los indicadores establecidos en la Resolución 0408 de 2018.

El Diagnóstico muestra las debilidades y fortalezas que tiene la institución en algunos de los indicadores, lo cual fue analizado para fortalecer de manera importante las acciones y estrategias para mejorar de manera importante cada una de las áreas de gestión.

1. ÁREA DE DIRECCIÓN Y GERENCIA

No. 1 indicador	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior				
Fórmula	Promedio de la calificación de autoevaluación en la vigencia evaluada / Promedio de la calificación de autoevaluación de la vigencia anterior				
Fuente de información	Documento de autoevaluación vigencia evaluada y vigencia anterior				
Evidencia a 31 de diciembre de 2019	A 31 de diciembre la calificación que se arrojó después de realizar el ejercicio de autoevaluación fue de 1,28. Esta información se obtiene del ejercicio realizado a través del PAMEC.				
Estándar $\geq 1,20$	Logros para la vigencia				
	2020	2021	2022	2023	2024
	$\geq 1,20$	$\geq 1,20$	$\geq 1,20$	$\geq 1,20$	$\geq 1,20$
Proyección de la calificación	1,3	1,5	1,7	1,9	2
Línea Base	1,28				

No. 2 indicador	Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud				
Fórmula	Relación del número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas / Número de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoría registrados en el PAMEC				
Fuente de información	Acciones de mejora del PAMEC y el cumplimiento				
Evidencia a 31 de diciembre de 2019	A 31 de diciembre de 36 acciones de mejoras derivadas del PAMEC se cumplieron 35 para lo cual nos da un cumplimiento del 97%				
Estándar $\geq 0,9$	Logros para la vigencia				
	2020	2021	2022	2023	2024
	$\geq 0,9$	$\geq 0,9$	$\geq 0,9$	$\geq 0,9$	$\geq 0,9$
Proyección de la calificación	$\geq 0,9$	$\geq 0,9$	$\geq 0,9$	$\geq 0,9$	$\geq 0,9$
Línea Base	97%				

No. 3 Indicador	Gestión de ejecución del plan de desarrollo institucional				
Fórmula	Número de metas del plan operativo anual cumplidas en la vigencia objeto de evaluación / número de metas del plan operativo anual programadas en la vigencia objeto de evaluación				
Fuente de información	Informe de control interno de la entidad. El informe como mínimo debe contener: el listado de las metas del plan operativo anual del plan de desarrollo aprobado programadas en la vigencia objeto de evaluación, indicando el estado de cumplimiento de cada una de ellas (SÍ/NO); y el cálculo del indicador				
Evidencia a 31 de diciembre de 2019	Plan de acción evaluado, teniendo en cuenta que de las 92 actividades se cumplieron 88 actividades para un porcentaje de cumplimiento del 93.21%, de acuerdo a información entregada por el contratista de Apoyo a Planeación y Control Interno.				
Estándar $\geq 0,9$	Logros para la vigencia				
	2020	2021	2022	2023	2024
	$\geq 0,9$	$\geq 0,9$	$\geq 0,9$	$\geq 0,9$	$\geq 0,9$
Proyección de la calificación	93.2	9,5	9,5	9,5	9,5
Línea Base	93.21%				

2. AREA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

No. 4 Indicador	Riesgo fiscal y financiero				
Fórmula	Adopción del programa de saneamiento fiscal y financiero				
Fuente de información	Resultado publicado en el SIHO				
Evidencia a 31 de diciembre de 2019	Resolución 1342 del 29 de mayo de 2019				
Estándar Sin riesgo	Logros para la vigencia				
	2020	2021	2022	2023	2024
	Adopción del programa de saneamiento fiscal y financiero	Adopción del programa de saneamiento fiscal y financiero	Adopción del programa de saneamiento fiscal y financiero	Adopción del programa de saneamiento fiscal y financiero	Adopción del programa de saneamiento fiscal y financiero
Proyección de la calificación	Sin riesgo	Sin riesgo	Sin riesgo	Sin riesgo	Sin riesgo
Línea Base	Sin riesgo				

No.5 Indicador	Evolución del gasto por unidad de valor relativo producida				
Fórmula	$\left[\frac{\text{Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia objeto de la evaluación} / \text{Número de UVR producidas en la vigencia objeto de evaluación}}{\text{Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia anterior en valores constantes de la vigencia objeto de evaluación} / \text{Número UVR producidas en la vigencia anterior}} \right]$				
Fuente de información	Decreto 2193 relación con producción y ejecución presupuestal teniendo en cuenta el gasto comprometido de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios cual es el resultado				
Evidencia a 31 de diciembre de 2019	Año 2019 (13.381,92)/AÑO 2018 (14.146,51)				
Estándar $\geq 0,9$	Logros para la vigencia				
	2020	2021	2022	2023	2024
	$\geq 0,9$	$\geq 0,9$	$\geq 0,9$	$\geq 0,9$	$\geq 0,9$
proyección de la calificación					
línea Base	0.95				

No. 6 Indicador	<p>Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos:</p> <p style="text-align: center;">Compras conjuntas</p> <p>Compras a través de cooperativas de empresas sociales del Estado</p> <p style="text-align: center;">Compras a través de mecanismos electrónicos</p>				
Fórmula	<p>Valor total adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico realizadas en la vigencia evaluada 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 en la vigencia evaluada</p>				
Fuente de información					
Evidencia a 31 de diciembre de 2019	<p>No se realizaron compras por medios, Compras conjuntas, Compras a través de cooperativas de empresas sociales del Estado,</p> <p style="text-align: center;">Compras a través de mecanismos electrónicos</p>				
Estándar $\geq 0,7$	Logros para la vigencia				
	2020	2021	2022	2023	2024
Proyección de la calificación	$\geq 0,7$	$\geq 0,7$	$\geq 0,7$	$\geq 0,7$	$\geq 0,7$
Línea Base	0				

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				
Fórmula	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				
Fuente de información	saldo de deudas acumuladas del año anterior del personal relacionadas en los Estados Financieros				
Evidencia a 31 de diciembre de 2019	deuda mayor a 30 días salarios y contratación servicios año 2018 \$1.647.148.421.50 y año 2019 \$851.228.228				
Estándar 0	Logros para la vigencia				
	2020	2021	2022	2023	2024
	0	0	0	0	0
proyección de la calificación	MENOR A \$795.397.193.50	Menor a \$700.000.000	Menor a \$600.000.000	menor a \$500.000.000	menor a \$400.000.000
línea Base	variación a diciembre del año 2018 al 2019 menos \$795.397.193.50				

No. 8 Indicador	Utilización de información de registro individual de prestaciones - RIPS				
Fórmula	<p>Número de informes de análisis de la prestación de servicios de la ESE presentados a la junta directiva con base en RIPS de la vigencia objeto de evaluación.</p> <p>En el caso de instituciones clasificadas en primer nivel, el informe deberá contener la caracterización de la población capitada, teniendo en cuenta, como mínimo, el perfil epidemiológico y las frecuencias de uso de los servicios</p>				
Fuente de información	RIPS presentados a la junta directiva				
Evidencia a 31 de diciembre de 2019	Actas de la Junta Directiva donde se presentó el informe				
Estándar 4	Logros para la vigencia				
	2020	2021	2022	2023	2024
	4	4	4	4	4
proyección de la calificación	4	4	4	4	4
Línea Base	4				

No. 9 Indicador	Resultado equilibrio presupuestal con recaudo
Fórmula	<p>Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia objeto de evaluación (incluye el valor recaudado de CxC de vigencias anteriores) / Valor de la ejecución de gastos comprometidos en la vigencia objeto de evaluación (incluye el valor comprometido de CxP de vigencias anteriores)</p>

Fuente de información	Decreto 2193 de 2004 modificado 780 de 2016, Ejecuciones presupuestales entidad				
Evidencia a 31 de diciembre de 2019	año 2019 (valor de recaudos \$52.822.640.9 miles de pesos / valor compromisos \$54.121.451,3 miles de pesos)				
Estándar ≥ 1	Logros para la vigencia				
	2020	2021	2022	2023	2024
	≥ 1	≥ 1	≥ 1	≥ 1	≥ 1
Proyección de la calificación	1	1	1	1	1
Línea Base	0.98				

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				
Fórmula	Cumplimiento oportuno de los informes en términos de la normatividad vigente				
Fuente de información	reporte de la super de la presentación de los informes				
Evidencia a 31 de diciembre de 2019	No se evidencia reporte de la Superintendencia del no reporte de alguno de los informes respectivamente				
Estándar Cumplimiento dentro de los términos previstos	Logros para la vigencia				
	2020	2021	2022	2023	2024
	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos
Proyección de	2020	2021	2022	2023	2024

la calificación	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos
Línea Base	Cumplimiento dentro de los términos previstos				

No. 11 Indicador	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 compilado en la sección 2, capítulo 8, título 3, parte 5 del libro 2 del Decreto 780 de 2016 - Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, o la norma que la sustituya				
Fórmula	Cumplimiento dentro de los términos previstos				
Fuente de información	Reporte del 2193				
Evidencia a 31 de diciembre de 2019	Se evidencia que durante la vigencia de 2019 el reporte del 2193 fue efectuado de acuerdo a las normatividad vigente				
Estándar Cumplimiento dentro de los términos previstos	Logros para la vigencia				
	2020	2021	2022	2023	2024
	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos
Proyección de la calificación	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos
Línea Base	Cumplimiento dentro de los términos previstos				

3. AREA CLÍNICA O ASISTENCIAL

No. 21 Indicador	Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación
-------------------------	---------------------------------------------------------------------

Fórmula	Número de mujeres gestantes a quienes se les realizó por lo menos una valoración médica y se inscribieron en el programa de control prenatal de la ESE, a más tardar en la semana 12 de gestación en la vigencia objeto de evaluación / Total de mujeres gestantes identificadas en la vigencia objeto de evaluación				
Fuente de información	Base de datos de gestantes e Historias clínicas.				
Evidencia a 31 de diciembre de 2019	La captación temprana de gestantes La USI en el año 2019 suscribió 1.709 gestantes en el programa de control prenatal de las cuales el 74% correspondía a 1.265 usuarias inscritas a más tardar en la semana 12 de gestación				
Estándar $\geq 0,85$	Logros para la vigencia				
	2020	2021	2022	2023	2024
	$\geq 0,85$	$\geq 0,85$	$\geq 0,85$	$\geq 0,85$	$\geq 0,85$
Proyección de la calificación	$\geq 0,85$	$\geq 0,85$	$\geq 0,85$	$\geq 0,85$	$\geq 0,85$
Línea Base	74%				

No. 22 indicador	Incidencia de sífilis congénita en partos atendidos en la ESE				
Fórmula	Número de recién nacidos con diagnóstico de sífilis congénita en población atendida por la ESE en la vigencia objeto de evaluación				
Fuente de información	Sala de partos y Ginecobstetricia				
Evidencia a 31 de diciembre de 2019	Historias Clínicas revisadas de partos atendidos Clínica gerencial				
Estándar 0 casos	Logros para la vigencia				
	2020	2021	2022	2023	2024
	0 casos	0 casos	0 casos	0 casos	0 casos
proyección de la calificación	0 casos	0 casos	0 casos	0 casos	0 casos
Línea Base	0				

No. 23 Indicador	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía de atención de enfermedad hipertensiva
-------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------

Fórmula	Número de historias clínicas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de atención de enfermedad hipertensiva adoptada por la ESE en la vigencia objeto de evaluación / Total historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial atendidos en la ESE en la vigencia objeto de evaluación				
Fuente de información	Historias clínicas, base de datos y aplicación de la lista de chequeo.				
Evidencia a 31 de diciembre de 2019	Historias clínicas, base de datos y aplicación de la lista de chequeo.				
Estándar $\geq 0,9$	Logros para la vigencia				
	2020	2021	2022	2023	2024
	$\geq 0,9$	$\geq 0,9$	$\geq 0,9$	$\geq 0,9$	$\geq 0,9$
Proyección de la calificación	$\geq 0,9$	$\geq 0,9$	$\geq 0,9$	$\geq 0,9$	$\geq 0,9$
Línea Base	100%				

No. 24 Indicador	Evaluación de aplicación de guía de manejo de crecimiento y desarrollo				
Fórmula	Número de historias clínicas que hacen parte de la muestra representativa de niños(as) menores de 10 años a quienes se le aplicó estrictamente la guía técnica para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo en la vigencia objeto de evaluación / 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 objeto de evaluación				
Fuente de información	programa de crecimiento y desarrollo				
Evidencia a 31 de diciembre de 2019	Base de datos, historias clínicas				
Estándar $\geq 0,8$	Logros para la vigencia				
	2020	2021	2022	2023	2024
	$\geq 0,8$	$\geq 0,8$	$\geq 0,8$	$\geq 0,8$	$\geq 0,8$
Proyección de la calificación	$\geq 0,8$	$\geq 0,8$	$\geq 0,8$	$\geq 0,8$	$\geq 0,8$
Línea Base	100%				

No. 25 Indicador	Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas				
Fórmula	Número de pacientes que reingresan al servicio de urgencias en la misma institución antes de 72 horas con el mismo diagnóstico de egreso en la vigencia objeto de evaluación / Número total de pacientes atendidos en el servicio de urgencias, en la vigencia objeto de evaluación				
Fuente de información	DINAMICA GERENCIAL				
Evidencia a 31 de diciembre de 2019	DICIEMBRE DE 2019				
Estándar $\leq 0,03$	Logros para la vigencia				
	2020	2021	2022	2023	2024
	$\leq 0,03$	$\leq 0,03$	$\leq 0,03$	$\leq 0,03$	$\leq 0,03$
Proyección de la calificación	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01
Línea Base	0,03				

No. 26 Indicador	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general				
Fórmula	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de medicina general de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó, en la vigencia objeto de evaluación / Número total de citas de medicina general de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de evaluación				
Fuente de información	DINAMICA GERENCIAL				
Evidencia a 31 de diciembre de 2019	DICIEMBRE DE 2019				
Estándar ≥ 3	Logros para la vigencia				
	2020	2021	2022	2023	2024
	≥ 3	≥ 3	≥ 3	≥ 3	≥ 3
Proyección de la calificación	3	3	3	3	3
Línea Base	2,5				

2.2.2 Escenario Proyectado:

Una vez construido el diagnóstico por áreas de Gestión con información cuantitativa, cualitativa, con la ayuda de los diferentes líderes de procesos y personal de apoyo, se procedió a formular las diferentes estrategias y acciones de mejora para cada indicador, que permitan fortalecer los indicadores que presentan una situación deficitaria y de esta manera alcanzar los logros propuestos para los próximos cuatro años.

A continuación, se proyectan en forma cualitativa y cuantitativa las metas, estrategias y actividades que se ejecutarán por parte de las tres áreas de gestión para que el plan sea medible, evaluable, viable y realizable; con la finalidad de alcanzar los logros establecidos:

1.ÁREA DE GESTIÓN: DIRECCIÓN Y GERENCIA

1. ÁREA DE GESTIÓN: DIRECCIÓN Y GERENCIA
Nombre del Indicador: Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior
LOGROS Y COMPROMISOS
1 se realizó autoevaluación en el año 2019 teniendo en cuenta el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia, versión 3.1.
2.Obtener el resultado de autoevaluación en mínimo 2,3 en el estándar de acreditación durante la vigencia del año 2020 – 2024
Lograr el mejoramiento del indicador acorde a los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social en el marco del sistema único de acreditación.
Definir un plan de mejoramiento institucional y los recursos para su financiación de forma anual de acuerdo con los resultados de la autoevaluación.
Establecer un compromiso por parte de la Junta Directiva Gerencia, Equipo Directivo y funcionarios, para dar cumplimiento a las oportunidades de mejora que generen de la autoevaluación anual.
Realizar autoevaluación cualitativa y cuantitativa de los estándares únicos de acreditación en forma anual iniciando en la vigencia 2020, lo cual se soportará con el documento de autoevaluación al Ministerio de Salud y Protección Social, basado en la atención centrada en el usuario y su familia, seguridad del paciente, humanización, transformación cultural, responsabilidad social, sostenibilidad financiera y gestión del riesgo.
Implementar un cronograma de seguimiento a la autoevaluación con el fin de verificar el avance al cumplimiento de los estándares de acreditación, que incluya el fortalecimiento de los grupos de mejoramiento primarios de autoevaluación.
Realizar evaluación y seguimiento en las vigencias 2021 a 2023, soportado con el documento de evaluación remitido al Ministerio de Salud y Protección Social.

1. ÁREA DE GESTIÓN: DIRECCIÓN Y GERENCIA
Nombre del Indicador 2: Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud
LOGROS Y COMPROMISOS
Se cumplió para el año 2019 cumplir la totalidad de las auditorías programadas
Para 31 de diciembre del año 2019 el total de auditorías que se llevaron a cabo fueron 5. No se tenía una programación definida de las auditorías que se realizarían, pero para los años de vigencia de este plan de gestión se programaran para el primer año 2020 3 auditoría, para las 2021 6 auditorías para 2022, 5 auditorías para 2023 5 auditorías y para 2024 4 donde se realizara seguimiento al cumplimiento de las 100 acciones de mejora que se abrieron en la vigencia de 2020 de PAMEC y las que surgirán de las mismas para los años siguientes.
1. Lograr capacitar a los líderes del comité de calidad como auditores Internos.
2. Lograr el cierre de ciclos y el aprendizaje organizacional de acuerdo con las oportunidades de mejora establecidas.
ESTRATEGIAS
Solicitar al Servicio Nacional de Aprendizaje SENA la capacitación de los colaboradores para la formación de Auditores internos, al no lograr que el SENA realice la acción de formación se procederá a solicitar a otras instituciones o personas para realizar la formación
Diseñar cronograma del plan de auditorías internas de manera anual y coordinada y un seguimiento a las acciones de mejora abiertas para lograr el cumplimiento de las mismas.
Crear la cartelera de calidad institucional como canal de comunicación de las acciones de calidad institucional y del cumplimiento de acciones de mejora
Realizar seguimiento al reporte oportuno del indicador PAMEC a la Supe salud.
Presentar informe en el comité de calidad de los resultados de cada una de las auditorías realizadas con sus respectivos planes de mejoramiento y del seguimiento e las acciones de mejora cumplidas
Socializar los resultados de las auditorías al comité de Calidad

1. ÁREA DE GESTIÓN: DIRECCIÓN Y GERENCIA
Nombre del Indicador 3: Gestión de ejecución del plan de desarrollo institucional
LOGROS Y COMPROMISOS
1. Teniendo en cuenta que el plan de gestión es uno de los insumos para formular el Plan de Desarrollo institucional 2020-2024 este será construido de manera participativa, que permita a través de las diferentes mesas de trabajo integrar a los líderes, para conocer las necesidades institucionales y establecer estrategias que permitan mejorar el proceso de atención centralizado en el usuario y su familia con calidad y calidez donde prime la humanización de los servicios.
2. los planes desarrollados deben direccionarse hacia la sostenibilidad financiera con nuevas tendencias y aportes que permitan que las relaciones y negociaciones con los entes externos sean de gran fortalecimiento dentro de la institución
ESTRATEGIAS
Actualizar la plataforma estratégica de la institución conforme a los lineamientos del nuevo plan de desarrollo institucional de forma participativa.
Realizar el diagnóstico situacional del Hospital de las necesidades operativas, técnicas y financieras del hospital para la vigencia 2020-2024
Contar con un plan de capacitación que permita que el personal sea actualizado en las metodologías técnicas para el manejo de indicadores.
Definir las estrategias operativas, técnicas y financieras de acuerdo al diagnóstico que permitan el logro de la sostenibilidad institucional dentro de las posibilidades de gestión pertinentes
Establecer las condiciones de aprobación del Plan de Desarrollo institucional.
Definir el cronograma de desarrollo e implementación
Establecer las condiciones de seguimiento y cumplimiento a las acciones del Plan
Establecer las debilidades y fortalezas de los ejes estratégicos y objetivos y definir acciones de intervención inmediatas

4. ÁREA DE GESTIÓN: FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA

1. ÁREA DE GESTIÓN: FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA
Nombre del Indicador 4: Riesgo fiscal y financiero
LOGROS Y COMPROMISOS
1. El recaudo de la vigencia debe ser superior a los compromisos
2. Recuperación de facturación disminuyendo edad de cartera y glosas
ESTRATEGIAS
Clasificar la cartera por edades con el fin de realizar cobros en plazos oportunos
Radicar facturación de servicios de salud en los plazos oportunos
Firmar contratos con EPS, buscando negociación que incremente el valor de la Unidad Pagada por Cápita UPC
Establecer y evaluar el impacto financiero institucional ante la emergencia sanitaria por COVID-19
Establecer el modelo de contratación para atender la emergencia sanitaria COVID-19 con el fin de mantener los niveles de facturación históricos que nos permitan sostener el equilibrio financiero.
Buscar punto de equilibrio entre ingresos y gastos
Realizar acciones de austeridad del gasto
Cumplir con las obligaciones y acciones establecidas en los contratos de venta de servicios de salud

1. ÁREA DE GESTIÓN: FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA
Nombre del Indicador 5: Evolución del gasto por unidad de valor relativo producida
LOGROS Y COMPROMISOS
1. Aumentar la prestación de servicios de salud a un menor costo
2. Medir el indicador mensualmente con el fin de realizar ajustes que permitan cumplir con el estándar de la normatividad
ESTRATEGIAS
Realizar acciones de auditoria, control y vigilancia que permitan garantizar la facturación de la totalidad de servicios de salud prestados
Establecer metas de producción por servicios de acuerdo a el recurso humano contratado
Realizar monitoreo permanente con el fin de realizar ajustes requeridos para el cumplimiento de indicador

1. ÁREA DE GESTIÓN: FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA
Nombre del Indicador 6: Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos: Compras conjuntas Compras a través de cooperativas de empresas sociales del Estado Compras a través de mecanismos electrónicos
LOGROS Y COMPROMISOS
1. Establecer a partir del 1 de julio un mecanismo para realizar las compras por medios electrónico.
ESTRATEGIAS
Definir un medio electrónico para realizar las compras de medicamentos y material médico quirúrgico
Realizar con la colaboración del área de sistemas un programa que de respuestas a la institucional en la compra de medicamentos y material médico quirúrgico

1. ÁREA DE GESTIÓN: DIRECCIÓN Y GERENCIA
Nombre del Indicador 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
LOGROS Y COMPROMISOS
1. Identificar y realizar pago de las obligaciones más antiguas para cumplir con el indicador, disminuyendo el valor de la deuda por salarios de personal de planta y contratación mayor a 30 días.
2. Continuar con el pago oportuno de salarios y prestaciones de acuerdo al recaudo
ESTRATEGIAS
Utilizar los mecanismos necesarios para mejorar la liquidez de la entidad
Realizar acuerdos de pagos con las EPS, que permitan la disminución de la cartera y mejorar el recaudo
Programar los pagos a contratistas cancelando las deudas de mayor edad

1. ÁREA DE GESTIÓN: FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA
Nombre del Indicador 8: Utilización de información de registro individual de prestaciones - RIPS
LOGROS Y COMPROMISOS
1. Continuar con los análisis respectivamente de los RIPS que permitan la toma de decisiones a nivel gerencial
ESTRATEGIAS
Presentar los resultados de los RIPS en los comités respectivamente para tener resultados y tomar decisiones y establecer las acciones de mejora.
Realizar el seguimiento de las acciones de mejora de forma oportuna

1. ÁREA DE GESTIÓN: FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA

Nombre del Indicador 9: Resultado equilibrio presupuestal con recaudo
LOGROS Y COMPROMISOS
1. Buscar el equilibrio presupuestal mejorando los ingresos
2. Buscar una disminución de los gastos que permita que estos estén de acuerdo a los recaudos de la vigencia y al estándar establecido en la norma
ESTRATEGIAS
Evaluar en forma permanente los recursos con los que se contrata frente a los ingresos obtenidos
Ajustas los gastos frente a los resultados de la comparación realizada de ingresos vs gastos
Buscar nuevos recursos mediante la oferta de servicios de salud a entidades que no tengan contrato con la USI-ESE

1. ÁREA DE GESTIÓN: FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA
Nombre del Indicador 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
LOGROS Y COMPROMISOS
1. Fortalecer el sistema de información de la institución para mejorar la oportunidad en las entregas de reporte de información a la Superintendencia
2. Diseñar un cuadro de mando con el calendario de la entrega de cada uno de los informes que permita el seguimiento y cumplimiento de la entrega oportuna y eficaz de la información.
ESTRATEGIAS
Ejecutar el grupo de gestión de la tecnología institucional que permita el seguimiento oportuno de la prestación del servicio con oportunidad y accesibilidad
Empoderar a los líderes de cada una de las áreas con la responsabilidad como colaboradores de la institución a realizar los reportes con oportunidad
Realizar seguimiento ménsula como puntos de control en los comités de la entrega de la información respectivamente de acuerdo a los cronogramas establecidos
Establecer las acciones de mejora respectivas de acuerdo al incumplimiento evidenciado

1. ÁREA DE GESTIÓN: FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA
Nombre del Indicador 11: Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 compilado en la sección 2, capítulo 8, título 3, parte 5 del libro 2 del Decreto 780 de 2016 - Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, o la norma que la sustituya
LOGROS Y COMPROMISOS
1. Continuar con el proceso de recolección de la información y con entrega oportuna.
ESTRATEGIAS
Atender los requerimientos realizados en relación con la presentación y sustentación de los informes que conforman el informe del Decreto 2193 de 2004 y con la recolección de la información de forma oportuna
Diligenciar de manera oportuna cada uno de los reportes que conforman el informe del Decreto 2193 de 2004
Conciliar, analizar y evaluar la información que hace parte del informe del Decreto 2193 de manera permanente.
Dar cumplimiento al cronograma establecido para el reporte de la información trimestral, semestral y anual del Decreto y realizar las presentaciones a la junta directiva como lo establece la norma en los tiempos allí establecidos

3. ÁREA DE GESTIÓN: GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL
Nombre del Indicador 21: Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación
LOGROS Y COMPROMISOS
1. Inconveniente en el proceso de afiliación a las gestantes en las EPS
2. Ingreso antes de las 12 semanas por el servicio de urgencias no quedando registrada en la base de datos de control prenatal.
ESTRATEGIAS
Captación temprana de las gestantes desde los diferentes servicios (Odontología, Medicina general, urgencia, atención al usuario, laboratorio clínico entre otros) de salud en las Unidades, centros y puestos de salud
Captar la gestante a través del resultado de la prueba de embarazo reportado desde laboratorio clínico
Activar canales de comunicación con los presidentes de las Juntas comunales y promotores de salud para la identificación de usuarios en periodo de gestación para el inicio temprano de control prenatal

Vincular a la secretaria de salud a través de la dirección de aseguramiento con el objetivo de brindarle a la usuaria la cobertura de seguridad en salud con oportunidad

1. ÁREA DE GESTIÓN: GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL
Nombre del Indicador 22 Incidencia de sífilis congénita en partos atendidos en la ESE
LOGROS Y COMPROMISOS
1. Realizar la prueba confirmativa de la sífilis congénita con su respectivo análisis por parte del servicio de Pediatría y Epidemiología con base en protocolos establecidos por INS
ESTRATEGIAS
Fortalecer el programa de salud sexual y reproductiva
Búsqueda activa en mujeres en edad fértil y búsqueda de maternas para el ingreso temprano de controles prenatales
Solicitar a la SSM los lineamientos vigentes de cobertura y atención de la población migrante venezolana en el servicio de consulta externa (atención a gestantes)
La atención de la población migrante en el servicio de urgencias que no ha tenido ningún seguimiento por ser población de paso y tener la IPS la obligatoriedad de la atención donde se pueden presentar casos de sífilis congénita sin que la institución haya tenido la oportunidad de una atención prenatal oportuna para su tratamiento.
Nombre del Indicador 23: Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía de atención de enfermedad hipertensiva
LOGROS Y COMPROMISOS
1. Atender a los usuarios crónicos (hipertensos y Diabéticos) oportunamente teniendo en cuenta el protocolo de atención y guías de manejo.
ESTRATEGIAS
<identificar a los usuarios desde los diferentes programas de salud para ser incluidos en el programa de crónicos con el fin de realizar la trazabilidad de seguimiento en la atención como también la adherencia a la guía de atención.

Socializar a todo el personal de salud el programa que se lleva a cabo con los usuarios crónicos con el fin de realizar las intervenciones por medio de la guía de atención y así tener la adherencia adecuada hacia el programa

1. ÁREA DE GESTIÓN: GESTIÓN CLÍNICA O ASITENCIAL
Nombre del Indicador: 24 Evaluación de aplicación de guía de manejo de crecimiento y desarrollo
LOGROS Y COMPROMISOS
Atender a los menores de 10 años por medio de las rutas de atención de promoción y mantenimiento de la salud (Infancia y primera infancia, de acuerdo a la Resolución 3280 de 2018)) y así dar cumplimiento a la atención oportuna y adherencia a las guías de salud.
ESTRATEGIAS
<identificar a los usuarios desde los diferentes programas de salud para ser incluidos en el programa de primera infancia y de infancia con el fin de realizar la trazabilidad y seguimiento en oportuno y la adherencia en las guías de atención.
Socializar a todo el personal de salud el programa de promoción y mantenimiento de la salud de acuerdo a la Resolución 3280 de 2018 con el fin de realizar captación oportuna a los programas de primera infancia y de infancia realizando gestión del riesgo para la atención de acuerdo a las guías establecidas.

3. ÁREA DE GESTIÓN: GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL
Nombre del Indicador 25: Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas
LOGROS Y COMPROMISOS
1. Resolutividad y efectividad en la prestación del servicio de Urgencias
2. Evitar el reproceso en el servicio de Urgencias
ESTRATEGIAS
Medición y adherencia de las guías de atención en Urgencias

Medir la satisfacción de los usuarios que reciben el servicio de urgencias en las cuatro unidades intermedias
Realizar seguimiento y medición al proceso triage

3. ÁREA DE GESTIÓN: GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL
Nombre del Indicador 26 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general
LOGROS Y COMPROMISOS
1. Mantener el indicador con el estándar establecido
2. Cumplir los tiempos de las consultas en los horarios asignados
ESTRATEGIAS
Medir la productividad de consulta externa a las Unidades intermedias y los centros de salud

2.3 FASE DE APROBACIÓN:

Una vez culminada la fase de formulación, se procede a la presentación ante los Honorables Miembros de la Junta Directiva de la Entidad por parte de la Gerencia, para que sea estudiado, analizado y se hagan las observaciones pertinentes.

Una vez el documento quede en firme será aprobado mediante Acuerdo de Junta en los términos descritos en el Artículo No. 73 de la Ley No. 1438 de 2011.

2.4 FASE DE EJECUCIÓN:

Después de su aprobación, el presente de Plan de Gestión, se convertirá en el Plan de Gestión Institucional, para ser ejecutado por la Gerencia.

El desarrollo de esta fase tendrá como actividades la socialización del Plan de Gestión en todas las áreas de la Institución, la elaboración de los planes de acción para todas las dependencias con sus respectivos responsables, el seguimiento a las actividades para el cumplimiento de las metas, la elaboración de los informes

parciales y definitivos con destino a la Junta Directiva del avance del Plan de Gestión para su evaluación anual.

2.5 FASE DE EVALUACIÓN:

La Gerencia de la E.S.E presentará ante la Junta Directiva, el informe anual (a 31 de diciembre de cada año) sobre el cumplimiento del Plan de Gestión, a más tardar el 1° de abril de cada vigencia.

El informe estará debidamente soportado en las causas del comportamiento de los indicadores aprobados que serán debidamente evaluados.

Para efectos del proceso de evaluación se tendrá en cuenta las siguientes herramientas, en cumplimiento de la Resolución No. 710 del 30 de marzo de 2012:

- El Anexo No. 3 “Instructivo para la Calificación”
- El Anexo No. 4 “Matriz de Calificación”
- El Anexo No. 5 “Escala de Resultados”.

ANEXO No. 4

Matriz de Calificación

Área de Gestión	No.	Tipo de E.S.E.	Indicador	Línea de base	Resultado del periodo evaluado	Calificación	Ponderación	Resultado Ponderado
a	b	c	d					
Dirección y Gerencia 20%	1	Nivel I, II Y III	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades acreditadas				0.05	0
			Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.					0
			Mejoramiento continuo de calidad para entidades no acreditadas sin autoevaluación en la vigencia anterior					0
	2	Nivel I, II Y III	Efectividad en la Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atención en Salud				0.5	0
	3	Nivel I, II Y III	Gestión de Ejecución del Plan de Desarrollo Institucional				0.10	
Financiera y Administrativa 40%	4	Nivel I, II Y III	Riesgo Fiscal y Financiero				0.05	
	5	Nivel I, II Y III	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo Producida (1)				0.05	
	6	Nivel I, II Y III	Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante				0.05	
	7	Nivel I, II Y III	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de				0.05	
	8	Nivel I, II Y III	Utilización de Información de Registro Individual de Prestaciones - RIPS				0.05	
	9	Nivel I, II Y III	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo				0.05	
	10	Nivel I, II Y III	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la				0.05	
	11	Nivel I, II Y III	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del				0.05	
Gestión Clínica o Asistencial 40%	12	Nivel II Y III	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos en gestantes.				0.07	
	13	Nivel II Y III	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso				0.05	
	14	Nivel II Y III	Oportunidad en la realización de apendicectomía				0.05	
	15	Nivel II Y III	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen				0.05	
	16	Nivel II Y III	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso				0.05	
	17	Nivel II Y III	Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria				0.05	
	18	Nivel II Y III	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría				0.03	
	19	Nivel II Y III	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia				3.000	
20	Nivel II Y III	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna.				0.02		

Resolución No. 710 del 30 de marzo de 2012

**ANEXO No. 5
ESCALA DE RESULTADOS**

Rango Calificación (0, 0-5, 0)	Criterio	Cumplimiento del Plan de Gestión
Puntaje Total entre 0,0 y 3,49	Insatisfactoria	Menor al 70%
Puntaje Total entre 3,50 y 5,0	satisfactoria	Igual o Superior al 70%

CORDIALMENTE,

CARLOS ARMANDO CUELLAR BARRETO
GERENTE USI