

	FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005		
	JUNTA DIRECTIVA	COD. PDC 1.3	REF. PLAN DE GESTION
		ELABORO	V.M.A.P.

PLAN DE GESTION PERIODO 2012-2016

HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE LORICA

PRESENTADO POR

VICTOR MANUEL ARIZA PALMA
GERENTE
POSESIONADO EL DIA 12 DE SEPTIEMBRE DE 2012

OCTUBRE DE 2012

	FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005		
	JUNTA DIRECTIVA	COD. PDC 1.3	REF. PLAN DE GESTION
		ELABORO	V.M.A.P.

JUSTIFICACION

Este presente plan de gestión se realiza de acuerdo a los elementos definidos por la resolución 710 de 2012 del ministerio de salud y protección social por medio de la cual se adoptan las Condiciones y metodología para la elaboración y presentación del planes 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

El presente Plan de Gestión, es la herramienta y marco de acción de la Gerencia del Hospital de LORICA II Nivel – Empresa Social del Estado, durante el periodo 2012-2016, mostrando los compromisos que el gerente suscribe ante la junta directiva del Hospital, los cuales contienen aspectos relacionados con el cumplimiento en las metas de la gestión, viabilidad financiera, calidad y eficiencia en la prestación de los servicios.

Aunque es evidente que por las condiciones dadas en el proceso de nombramiento y posesión del gerente actual no es posible poder evaluar adecuadamente la gestión del gerente en el año 2012 ya que el plan de gestión solo tendrá el cubrimiento del último bimestre del presente año

1. DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO

	FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005		
	JUNTA DIRECTIVA	COD. PDC 1.3	REF. PLAN DE GESTION
		ELABORO	V.M.A.P.

Objetivos institucionales

- a. Producir servicios de salud eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas.
- b. Prestar los servicios de salud que la población requiera y que la Empresa Social, de acuerdo con su desarrollo y recursos disponibles pueda ofrecer.
- c. Garantizar mediante un manejo gerencial adecuado, la rentabilidad social y financiera de la Empresa Social;
- d. Satisfacer los requerimientos del entorno, adecuando continuamente sus servicios y funcionamiento;
- e. Garantizar los mecanismos de la participación ciudadana y comunitaria acordes.

Visión

En el año 2016, el Hospital de Lórica, será reconocido como un referente de calidad y calidez en los servicios, de gozar de una buena salud económica, ser una entidad distinguida por su responsabilidad social y gestión ambiental, retomando la confianza de la ciudadanía y las partes interesadas en sus servicios.

Misión

Somos una empresa social del estado prestadora de servicios de salud de, mediana complejidad de atención, caracterizados por la moralidad y uso sagrado de los recursos, priorizando la seguridad al paciente, el mejoramiento continuo centrado en satisfacer al usuario como finalidad de la atención, con un Talento humano comprometido en los intereses del hospital por encima de los propios y eficiente en el uso de los recursos.

	FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005		
	JUNTA DIRECTIVA	COD. PDC 1.3	REF. PLAN DE GESTION
		ELABORO	V.M.A.P.

Principios y Valores

LEALTAD: Es anteponer en cada una de sus actuaciones, el compromiso por los intereses del hospital por encima de cualquier otro.

ORGULLO: Es la manifestación del cariño y admiración por la incesante búsqueda del logro de la misión del hospital ante la comunidad y ante los demás integrantes de la familia del Hospital San Vicente de lórica

RESPECTO: Es expresar nuestras opiniones, pensamientos y sentimientos de forma adecuada y en el momento oportuno, sin faltar ni negar los derechos de las otras personas.

INSPIRACION: La continua búsqueda por no hacer lo mismo siempre buscando la innovación para el mejor servicio del hospital antes sus usuarios.

CALIDAD: Es la satisfacción y superación de las necesidades y expectativas de nuestros usuarios y su familia a través de la accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad en la prestación de los servicios de salud brindados por el Hospital de Lórica.

ASERTIVIDAD: Es expresar nuestras opiniones, pensamientos y sentimientos de forma adecuada y en el momento oportuno, sin faltar ni negar los derechos de las otras personas, buscando aportes valiosos para la solución de los problemas del hospital.

	FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005		
	JUNTA DIRECTIVA	COD. PDC 1.3	REF. PLAN DE GESTION
		ELABORO	V.M.A.P.

2. BASE LEGAL

Ley 1122 de 2007.

Artículo 28. Los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado podrán ser reelegidos por una sola vez, cuando la Junta Directiva así lo proponga al nominador, siempre y cuando cumpla con los indicadores de evaluación conforme lo señale el Reglamento, o previo concurso de méritos.

Ley 1438 de 2011.

Artículo 72: estableció que la Junta Directiva de la Empresa Social del Estado del orden territorial, debe aprobar el plan de gestión para ser ejecutado por el Director o Gerente de la entidad, durante el período para el cual fuera designado y sobre el que debería ser evaluado. Artículo 73: Establece el procedimiento para la aprobación del Plan de Gestión de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial. Artículo 74: Establece la evaluación del Plan de Gestión del Director o Gerente de Empresas Sociales del Estado del orden territorial.

Resolución 710 de 2012 Ministerio de Salud y Protección Social. 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.

	FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005		
	JUNTA DIRECTIVA	COD. PDC 1.3	REF. PLAN DE GESTION
		ELABORO	V.M.A.P.

3. Formulación Plan de Gestión Gerencial

Se establecieron las líneas bases de acuerdo a los resultados obtenidos para la vigencia 2011, los cuales nos permitieron realizar los análisis respectivos de la situación actual de la ESE Hospital San Vicente De Paul De Lórica y así establecer el diagnóstico para cada uno de los indicadores de las 3 áreas a desarrollar.

3.1. Gestión de Dirección y Gerencia

El objetivo de esta área es el de operacionalizar y mantener la unidad de objetivos e intereses de la organización en torno a la Misión y Objetivos institucionales, establece las políticas, el direccionamiento de la entidad, se fundamenta en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, como un componente que plantea un modelo de excelencia y óptimo rendimiento en la calidad de la prestación de los servicios en salud.

Se presta especial atención como estrategia de control y soporte al desarrollo institucional, el fortalecimiento del sistema de información a través de monitoreo y planeación de la gestión de los procesos de prestación de los servicios, administrativos y financieros.

3.1.1. Ciclo de preparación para la Acreditación

La implementación del Sistema Único de Acreditación busca el mejoramiento en la prestación de servicios de salud, y se realiza en forma conjunta con la implementación del PAMEC, el MECI y los demás subsistemas del Sistema Integrado de Gestión de Calidad. En el hospital en lo recorrido del año 2011 ni el 2012 se ha realizado la autoevaluación de los estándares de acreditación. Por lo tanto se procederá a realizar la autoevaluación basada en la resolución 123, por la cual se adopta el nuevo Manual Único de Estándares Ambulatorio y Hospitalario. Se concluye de lo anterior que no hay línea base para medir este indicador.

	FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005		
	JUNTA DIRECTIVA	COD. PDC 1.3	REF. PLAN DE GESTION
		ELABORO	V.M.A.P.

INDICADOR (1)	Promedio de la calificación de la autoevaluación cuantitativa y cualitativa en desarrollo del Ciclo de Preparación para la acreditación o del Ciclo de Mejoramiento de la Empresa Social del Estado en los términos del artículo 2 de la Resolución 2181 de 2008 o de la norma que la sustituye (1).				
FORMULA	Promedio de la calificación de la autoevaluación en la vigencia/ Promedio de la calificación de la autoevaluación de la vigencia anterior				
ACTIVIDADES Y ACCIONES	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar la autoevaluación según lo establecido en la Resolución 123 de 2012. • Establecer y registrar las fortalezas ajustadas a los estándares y oportunidades de mejora • Realizando calificación • Realizando la priorización de las oportunidades de mejora • Presentar los resultados cualitativos y cuantitativos consolidados. 				
ESTANDAR PROPUESTO	LINEA DE BASE	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
		2012	2013	2014	2015
Mayor o Igual 1,20	ND	NC	1.2	1.2	1.2

Frente a este indicador se pretende lograr el mejoramiento de la calidad en la prestación de servicios de salud, evidenciado en la valoración progresiva de la calificación cualitativa y cuantitativa de los estándares de acreditación, con un incremento sucesivo en el nivel de cumplimiento de estándares a partir de la primera autoevaluación que se realice al no contarse línea base en el 2011 no podrá evaluarse la mejora al finalizar el 2012.

3.1.2. Plan de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad

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

El primero se realiza por la Oficina de Gestión de Calidad, quien realiza el monitoreo de los planes de mejora, revisando con los líderes en las que mide la eficacia en el cumplimiento de acciones, semaforizando los resultados según los patrones aprobados y acorde a los avances evidenciados, así: en rojo menor a 69%, en amarillo entre 70-84% y en verde entre 85-100%. A su vez hace seguimiento a la efectividad a través del resultado de los indicadores relacionados con el grupo de estándares trabajados en las oportunidades de mejora estableciendo no solo cumplimiento de las acciones del plan de mejora sino el impacto que se espera como institución producto de la implementación de dichas acciones.

El otro mecanismo afianza el compromiso de la Junta Directiva frente al proceso de Acreditación, quien revisa de manera mensual el informe consolidado Del estado de avance de los planes de mejora, presentado por la Oficina de Gestión de Calidad.

	FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005		
	JUNTA DIRECTIVA	COD. PDC 1.3	REF. PLAN DE GESTION
		ELABORO	V.M.A.P.

INDICADOR (2)	Efectividad en la Auditoria para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud				
FORMULA	Número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorias realizadas/total de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoria.				
ACTIVIDADES Y ACCIONES	<ul style="list-style-type: none"> • Definir las acciones de mejoramiento para las oportunidades de mejora priorizadas de los estándares de acreditación • Identificar las posibles barreras o limitantes de las acciones de mejoramiento establecidas • Definir cronograma de ejecución de la acciones de mejoramiento • Hacer el seguimiento al cumplimiento y avance en las acciones de mejora establecidas. • Realizar la retroalimentación a los equipos de mejora, y tomar los ajustes necesarios cuando se presenten desviaciones. 				
ESTANDAR PROPUESTO	LINEA DE BASE	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
		2012	2013	2014	2015
≥ 90%	15%	90%	90%	90%	90%

Frente a este indicador se pretende lograr en el cuatrienio (2012-2015) un cumplimiento del 90%, en la ejecución de los planes de mejoramiento continuo implementados con enfoque en acreditación.

3.1.3. Plan de Desarrollo Institucional

El plan de desarrollo institucional es la carta de navegación de cualquier institución o empresa, que le permite al gerente y su equipo directivo tomar decisiones oportunas. El hospital de Lórica ha carecido de este instrumento al tener una interinidad demasiado larga que ha sido el origen de muchas de las deficiencias administrativas que actualmente tiene y debe superar

Por lo que el Hospital de LORICA II nivel de atención, debe fortalecer acciones desde la reformulación del modelo de atención más eficaz, más eficiente y productivo, Formular e implementar un sistema de gestión financiera que permita rescatar su salud económica e Incursionar en un modelo de calidad que garantice los mejores y más eficientes estándares de calidad.

	FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005		
	JUNTA DIRECTIVA	COD. PDC 1.3	REF. PLAN DE GESTION
		ELABORO	V.M.A.P.

Lo anterior enfocado bajo el lema de “HOSPITAL DE LORICA RESURGIENDO, NO CON LA INTERVENCION, SINO CON EL COMPROMISO DE TODOS”

INDICADOR (3)	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.				
ACTIVIDADES Y ACCIONES	<ul style="list-style-type: none"> • Construir y Socializar los planes operativos por áreas o proceso Autoevaluación a través del seguimiento de las actividades y avances de los POA por proceso de la vigencia. • Elaborar y presentar informe de ejecución y gestión 				
ESTANDAR PROPUESTO	LINEA DE BASE	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
		2012	2013	2014	2015
≥ 90%	90%	90%	90%	90%	90%

Se plantea para el año 2012 un cumplimiento del 90% de las metas iniciadas por la nueva administración para el periodo definido como el último bimestre del año 2012

3.2. Gestión Financiera y Administrativa

3.2.1. Riesgo Fiscal y Financiero

El Hospital parte de una calificación de riesgo alto definido por el ministerio de salud.

El déficit de los Hospitales está dado por causas estructurales en todo el Sistema de Seguridad Social, al igual que afectan los cambios normativos de unificación del POS sin una estructura clara de la UPC, por cuanto el valor por unidad de pago por capitación -UPC- no alcanza en su gran mayoría para atender los compromisos del Plan Obligatorio de Salud, lo que agrava la situación en el nivel de ingresos de los Hospitales. Este factor es importante que se tenga en cuenta para la evaluación.

INDICADOR (4)	Riesgo Fiscal y Financiero
FORMULA	Categorización de la ESE por parte del Ministerio de Salud y Protección Social en cuanto a la categorización del riesgo

	FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005		
	JUNTA DIRECTIVA	COD. PDC 1.3	REF. PLAN DE GESTION
		ELABORO	V.M.A.P.

ACTIVIDADES Y ACCIONES	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar un plan de choque de saneamiento fiscal y financiero • Fortalecer el recaudo mediante el mejoramiento en el proceso de facturación, radicación y respuesta de glosas. • Depurar la cartera a fin de establecer información real y confiable. • Optimizar la capacidad instalada a fin de lograr un incremento en la producción. • Sensibilizar a los funcionarios en el uso racional, adecuado y efectivo de los recursos. • Generar lineamientos de austeridad, control y racionalidad en el gasto. <p>Realizar un proceso de reestructuración de pasivos Realizar un programa de saneamiento fiscal y financiero</p>				
	ESTANDAR PROPUESTO	LINEA DE BASE	LOGROS PARA LA VIGENCIA		
SIN RIESGO	RIESGO ALTO	2012 RIESGO ALTO	2013 RIESGO MEDIO	2014 RIESGO MEDIO	2015 RIESGO MEDIO

El Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero es un programa integral, institucional, financiero y administrativo, que tiene por objeto restablecer la solidez económica y financiera de la empresa social del Estado, mediante la aplicación de medidas de reorganización administrativa, racionalización del gasto, reestructuración de la deuda, saneamiento de pasivos y fortalecimiento de los ingresos, que permitan su adecuada operación con el fin de garantizar el acceso, oportunidad, continuidad y calidad en la prestación de los servicios a la población usuaria de ésta.”

“El programa de saneamiento fiscal y financiero contendrá un flujo financiero en el que se registre cada una de las fuentes de ingresos de la empresa, el monto y el tiempo en que ellas estarán destinadas al programa, y cada uno de los gastos y costos claramente definidos en cuanto a monto y tipo, señalando el periodo de tiempo en que se sanearán los pasivos y la fuente de ingreso con los cuales se financiará.”

Es importante aclarar que los resultados de este indicador se relación con la gestión de toda la vigencia, por lo que los resultados que puede asumir esta administración están soportados en generación de un plan de choque de mejoramiento cuyo impacto no es posible evidenciar en el corto plazo.

3.2.2. Gasto por Unidad de Valor Relativo

	FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005		
	JUNTA DIRECTIVA	COD. PDC 1.3	REF. PLAN DE GESTION
		ELABORO	V.M.A.P.

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

Si al dividir Al dividir el presupuesto total del hospital por el número total de UVR, se obtiene el costo de la producción del Hospital. Sin embargo se encuentran algunos vacios, puesto que al no comparar adecuadamente actividades como procedimientos quirúrgicos y actividades de diferentes niveles, que pueda ocasionar desviaciones en el resultado.

INDICADOR (5)	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida				
FORMULA	$\left(\frac{\text{Gasto comprometido en el año objeto de la evaluación, sin incluir cuentas por pagar/No. De UVR Producidas en la vigencia}}{\text{Gastos comprometidos en la vigencia anterior en valores constantes del año objeto de la evaluación, sin incluir cuentas por pagar/No. de UVR producidas en la vigencia anterior}} \right)$				
ACTIVIDADES Y ACCIONES	<ul style="list-style-type: none"> • Analizarla capacidad instalada vs producción • Incrementar los niveles de eficiencia de los servicios. Establecer metas de productividad y realizar seguimiento Establecer nuevos servicios más productivos y complementarios al hospital. Establecer una trazabilidad para verificar que la productividad impacte en la facturación del hospital				
ESTANDAR PROPUESTO	LINEA DE BASE	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
		2012	2013	2014	2015
< al 90%	nd%	89%	89%	89%	89%

No se pudo establecer la línea base ya que la información no está disponible, por lo tanto ese indicador no se puede evaluar en el 2013.

El cálculo de las UVR producidas depende del Nivel de atención en que se encuentra el Hospital. El Hospital de LORICA se encuentra caracterizada en II nivel.

Este indicador pretende que las instituciones prestadoras de servicios de salud mejoren su nivel de producción disminuyendo el gasto en un diez por ciento, comparado con la vigencia anterior, si este se proyecta en el tiempo se convierte en un indicador adverso debido a que castiga la eficiencia que se logra en una vigencia obligando a las instituciones a seguir mejorando en el mismo porcentaje para las vigencias siguientes

4.2.3. Medicamentos y material medico-quirúrgico

	FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005		
	JUNTA DIRECTIVA	COD. PDC 1.3	REF. PLAN DE GESTION
		ELABORO	V.M.A.P.

A través de este indicador se busca la eficiencia y transparencia en contratación, adquisiciones y compras a través de que las Empresas Sociales del Estado puedan asociarse entre sí, constituir cooperativas o utilizar sistemas de compras electrónicas o cualquier otro mecanismo que beneficie a las entidades con economías de escala, calidad, oportunidad y eficiencia, respetando los principios de la actuación administrativa y la contratación pública.

INDICADOR (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 de mecanismos electrónicos				
FORMULA	Valor total adquisiciones de medicamentos y material médico-quirúrgico realizadas mediante mecanismos de compras conjuntas a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado y/o mecanismos electrónicos / Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico-quirúrgico.				
ACTIVIDADES Y ACCIONES	<ul style="list-style-type: none"> • Reformular e incluir este mecanismo en el manual de contratación. • Establecer estrategias de negociación y convenios que permitan la adquisición de medicamentos e insumos. • Implementar metodología de control y seguimiento 				
ESTANDAR PROPUESTO	LINEA DE BASE	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
		2012	2013	2014	2015
≥ 70%	0	0	70%	70%	70%

Este indicador que por economía de escala, es muy beneficioso para los hospitales, sin embargo genera inquietud frente al cumplimiento en la vigencia 2012, en razón a que para la vigencia 2012, las compras de medicamentos e insumos ya están asignadas mediante contrato con una entidad distinta a una cooperativa de hospitales o mecanismos electrónicos, este indicador no se puede evaluar para mi gestión en el 2012 ya que no fue el ordenador del gasto de ese tipo de compras.

4.2.4. Deuda superior a treinta (30) días por prestación de servicios

Siendo el capital humano primordial para el desarrollo de los objetivos estratégicos y como factor clave para la prestación de servicios oportuna, humanizada y segura, es importante que el pago por concepto de su remuneración se realice manera oportuna, a todos los colaboradores, independiente del tipo de vinculación.

 <p>E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL Lorica - Córdoba NIT. 800204153-7 Cra 26 N°.17-184 Tel: 7735886 - 7735421 Barrio San Pedro</p>	<p>FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005</p>		
	<p>JUNTA DIRECTIVA</p>	<p>COD. PDC 1.3</p>	<p>REF. PLAN DE GESTION</p>
		<p>ELABORO</p>	<p>V.M.A.P.</p>

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				
FORMULA	<p>A. Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta o externalización de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación</p> <p>B. [(Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de 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>				
ACTIVIDADES Y ACCIONES	<ul style="list-style-type: none"> • Gestionar los recursos suficientes que garanticen liquidez al Hospital • Cumplir y hacer las obligaciones laborales de conformidad con las disposiciones legales y de contratación. • Hacer seguimiento a los pagos en los términos establecidos 				
ESTANDAR PROPUESTO	LINEA DE BASE	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
		2012	2013	2014	2015
0	2.556.704.759	3.830.578.663	3.000.000.000	2.700.000.000	2.300.000.000

Cálculo línea de base

Cuentas por pagar diciembre 31 de 2010	1.859.527.921
Cuentas por pagar diciembre 31 de 2011	2.556.704.759
DIFERENCIA	697.176.838

Dentro de la línea de base se plantean las cuentas por pagar que quedaron para la vigencia 2010 y 2011, por concepto de salarios del personal de planta o contratación de servicios. Se plantea una disminución para las vigencias subsiguientes, sin dejar en 0 como el estándar propuesto en razón a todos los limitantes en el recaudo que se presenta en los Hospitales.

Este indicador mide la eficiencia en los pagos a servidores independiente de su forma de vinculación, sin embargo es importante resaltar que puede ser nociva su evaluación si el hospital durante una vigencia finaliza sin deuda y por alguna circunstancia termina con una mínima deuda pasaría la calificación de 5 a 0.

 <p>E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL NIT. 800204153-7 Lórica - Córdoba Cra 26 N°.17-184 Tel: 7735886 - 7735421 Barrio San Pedro</p>	<p>FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005</p>			
	<p>JUNTA DIRECTIVA</p>	<p>COD. PDC 1.3</p>	<p>REF. PLAN DE GESTION</p>	<p>ELABORO</p>

4.2.5. Registro Individual de Prestación de Servicios – RIPS


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

El RIPS provee los datos mínimos y básicos que se requieren para hacer seguimiento al Sistema de Prestaciones de Salud en el SGSSS, en relación con el paquete obligatorio de servicios (POS y POSS). Igualmente el objetivo del Registro es facilitar las relaciones comerciales entre las entidades administradoras (pagadores) y las instituciones y profesionales independientes (prestadores) mediante la presentación del detalle de la factura de venta de servicios en medio magnético, con una estructura, que al ser estándar, facilita la comunicación y los procesos de transferencia de datos y revisión de cuentas, independientemente de las soluciones informáticas que cada prestador utilice.

De igual forma el Hospital debe contar con un perfil de morbilidad integral que dé cuenta de manera amplia y suficiente de las razones por las cuales su población se enferma. Si bien se hace incesantes esfuerzos por obtener información que permita la más adecuada planeación y organización de la prestación de servicios de salud, se ve limitada por la calidad en el registro primario y las restricciones del Sistema de Información actual.

INDICADOR (8)	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. 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.				
ACTIVIDADES Y ACCIONES	<ul style="list-style-type: none"> • Recopilar la información de los rips. • Analizarla la información • Generar informes a la Junta Directiva cuatro veces al año. 				
ESTANDAR PROPUESTO	LINEA DE BASE	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
		2012	2013	2014	2015
4	0	2	4	4	4

La meta planteada para este indicador se circunscribe a dos informes para el 2012, teniendo en cuenta que solo resta un bimestre para su finalización.

	FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005		
	JUNTA DIRECTIVA	COD. PDC 1.3	REF. PLAN DE GESTION
		ELABORO	V.M.A.P.

4.2.6. Equilibrio Presupuestal

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

Sin embargo es realidad que los hospitales han generado un déficit presupuestal producto del bajo recaudo de sus ventas y la generación de compromisos sin un ingreso estable.

INDICADOR (9)	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.				
ACTIVIDADES Y ACCIONES	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar contratación actual y definir política de venta de servicios • Mejorar los mecanismos de cobro • Analizar la producción vs facturación. • Realizar un análisis y racionalización de gastos 				
ESTANDAR PROPUESTO	LINEA DE BASE	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
		2012	2013	2014	2015
≥ 100%	84.79%	60%	80%	80%	91%

La solución a la problemática en su mayoría responde a una complejidad del sistema en las fallas en el flujo de recursos que hacen que este indicador en su mayoría responde a la externalidad del sistema y no a la actuación con excepción de un solido ajuste de costos y un mejoramiento del proceso de cartera. Sin embargo el hospital ha sido poco lo que ha hecho hasta el momento tanto en materia de gasto como de recuperación, sin embargo en dos meses que bastan del 2012, no es posible enderezar el rumbo de un barco huérfano.

4.2.7. Circular Única – Superintendencia Nacional de Salud

Se pretende evaluar la oportunidad con que se cumple envío de la información a la supersalud

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
FORMULA	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente

	FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005		
	JUNTA DIRECTIVA	COD. PDC 1.3	REF. PLAN DE GESTION
		ELABORO	V.M.A.P.

ACTIVIDADES Y ACCIONES	<ul style="list-style-type: none"> • Ajustar el sistema de información que permita generar información confiable. • Realizar análisis y crítica a los datos arrojados por el sistema. • Establecer planes de mejora permanente a la información. • Reportar de manera oportuna el informe semestral en el aplicativo de la Superintendencia Nacional de Salud. 				
ESTANDAR PROPUESTO	LINEA DE BASE	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
		2012	2013	2014	2015
Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente	No hay Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente			

Es importante que se entienda que la evaluación se hará respecto a los periodos posteriores a la posesión del actual gerente.

4.2.8. Reporte Decreto 2193 de 2004

El hospital para estos indicadores no cumplió con los términos previstos. Se propone fortalecer la consistencia de la información mediante la revisión y conciliación de los datos ingresados.

INDICADOR (11)	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya				
FORMULA	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente				
ACTIVIDADES Y ACCIONES	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar seguimiento a través del cronograma de informes y responsables realizar seguimiento. • Conciliar la información de manera permanente entre las áreas • Dar cumplimiento al cronograma establecido para el reporte de la información trimestral, semestral y anual del Decreto 2193. 				
ESTANDAR PROPUESTO	LINEA DE BASE	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
		2012	2013	2014	2015
Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente	No hay Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente para el último trimestre del año en el caso del año 2012			

Es obvio que para efectos de la evaluación se debe tener en cuenta los reportes que deben entregarse con posterioridad a la fecha de la posesión realizada el 12 de septiembre.

 <p>E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL NIT. 800204153-7 Lorica - Córdoba Cra 26 N°.17-184 Tel: 7735886 - 7735421 Barrio San Pedro</p>	<p>FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005</p>			
	<p>JUNTA DIRECTIVA</p>	<p>COD. PDC 1.3</p>	<p>REF. PLAN DE GESTION</p>	<p>ELABORO</p>

4.3. Gestión Clínica o Asistencial

4.3.1. Evaluación de Guías Gestantes

Con el fin de promover la adherencia en las mejores prácticas para disminuir la Mortalidad Materna y Perinatal, se evidencia la necesidad de evaluar la adherencia a las guías de atención materna de las patologías que han presentado mayor incidencia en la morbimortalidad como el Síndrome Hipertensivo Inducido por el Embarazo como el manejo de las Hemorragias del Tercer Trimestre de gestación.

INDICADOR (12)	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Hemorragias de III trimestre y trastornos hipertensivos en la gestación.				
FORMULA	Número de Historias Clínicas con aplicación estricta de la guía de manejo para hemorragias del III trimestre y trastornos hipertensivos en la gestación / Total de Historias Clínicas auditadas de pacientes con edad gestacional mayor de 27 semanas atendidas en la ESE con Diagnóstico de hemorragia del III trimestre y trastornos hipertensivos en la gestación.				
ACTIVIDADES Y ACCIONES	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar, adoptar y socializar la guía para el manejo de hemorragias en el III trimestre del embarazo. • Evaluar el grado de conocimiento de los profesionales de las dos guías • Medir la adherencia a las guías establecidas. • Establecer planes de mejora para la adopción y adherencia a las guías acorde a los resultados arrojados en el seguimiento. 				
ESTANDAR PROPUESTO	LINEA DE BASE	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
		2012	2013	2014	2015
≥ 80%	70%	80%	80%	80%	80%

Respecto a la guía de trastornos hipertensivos que se viene evaluando se presenta la línea de base y se fortalece el registro de cada uno de los síntomas.

De otra parte, con relación a las guías de manejo de trastornos hipertensivos para hemorragias en el III trimestre del embarazo, es preciso aclarar que el hospital no cuenta con una estimación de la línea base, el hospital se compromete a elaborar y adoptar la guía durante el primer año, con el levantamiento de la línea de base y en el segundo año empezar la evaluación para evidenciar la adherencia.

4.3.2. Evaluación de guías de acuerdo a la causa de egreso

Las guías apoyan y mejoran el proceso de decisión clínica al presentar las alternativas diagnósticas y terapéuticas entre las que elegir.

	FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005		
	JUNTA DIRECTIVA	COD. PDC 1.3	REF. PLAN DE GESTION
		ELABORO	V.M.A.P.

INDICADOR (13)	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida				
ACTIVIDADES Y ACCIONES	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar, adoptar y socializar la guía para el manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida. • Evaluar el grado de conocimiento de los profesionales de la guía. • Medir la adherencia a la guía. • Establecer planes de mejora para la adopción y adherencia a las guías acorde a los resultados arrojados en el seguimiento • Validar la primera causa de egreso de acuerdo a la morbilidad del Hospital. 				
ESTANDAR PROPUESTO	LINEA DE BASE	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
		2012	2013	2014	2015
≥ 80%	ND	80%	80%	80%	80%

De otra parte, con relación a las guías de manejo de la primera causa de egreso el Hospital no cuenta con una estimación de la línea de base. Por lo que el hospital se compromete a hacer el levantamiento de la línea de base y en el segundo año empezar la evaluación para evidenciar la adherencia.

4.3.3. Oportunidad de Apendicetomía

.En esta el logro esperado es que la Oportunidad en la realización de Apendicetomía menos de 6 horas después de confirmado el diagnóstico

INDICADOR (14)	Oportunidad en la realización de Apendicetomía				
FORMULA	Número de pacientes con Diagnóstico de Apendicitis al egreso a quienes se inició la Apendicetomía, después de confirmado el diagnóstico en un tiempo igual o menor a 6 horas/ Total de pacientes con Diagnóstico de Apendicitis al egreso en la vigencia.				
ACTIVIDADES Y ACCIONES	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar procesos de capacitación al personal médico y de enfermería para el registro de los datos necesarios para monitorear la oportunidad en la realización de la apendicetomía. • Realizar oportunamente el diagnóstico clínico de apendicitis. • Hacer seguimiento permanente al manejo del paciente con diagnóstico de apendicitis de acuerdo a la guía. 				
ESTANDAR PROPUESTO	LINEA DE BASE	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
		2012	2013	2014	2015
≥ 90%	80%	95%	95%	95%	95%

No se cuenta con la línea base, así que el hospital se compromete a partir del último bimestre del año 2012 a establecerla.

	FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005		
	JUNTA DIRECTIVA	COD. PDC 1.3	REF. PLAN DE GESTION
		ELABORO	V.M.A.P.

4.3.4. Neumonías pediátricas de origen intrahospitalario

La Neumonía de origen intrahospitalario ocurre después de 48 horas de la admisión a un hospital que no estaba incubándose al momento de la admisión.

INDICADOR (15)	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual				
ACTIVIDADES Y ACCIONES	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar, actualizar, socializar, implementar y evaluar la adherencia de las guías para el manejo de las neumonías pediátricas • Realizar seguimiento al paciente con riesgo de bronco aspiración desde el ingreso intrahospitalario. • Hacer seguimiento exhaustivo del reporte de casos en el comité de infecciones, realizando análisis individual para el levantamiento de planes de mejora en articulación con el Programa de Seguridad de Pacientes. • Continuar con la implementación de estrategias de Seguridad del paciente para minimizar el riesgo de casos de neumonía de origen intrahospitalario 				
ESTANDAR PROPUESTO	LINEA DE BASE	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
		2012	2013	2014	2015
Cero (0), variación negativa	0	0	0	0	0

La línea de base para este indicador es “0”.

Por otro lado hay que indicar que por más cuidados que haya con el paciente pediátrico hay unas complicaciones directamente relacionadas con la patología o co-morbilidad del paciente.

4.3.5. Oportunidad de pacientes con diagnóstico AIM

Se pretende con este indicador que se tenga una meta donde el inicio de terapia dentro de la 1 hora al diagnóstico al egreso de Infarto Agudo del Miocardio (IAM)

INDICADOR (16)	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo del Miocardio (IAM)
-----------------------	---

	FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005		
	JUNTA DIRECTIVA	COD. PDC 1.3	REF. PLAN DE GESTION
		ELABORO	V.M.A.P.

ACTIVIDADES Y ACCIONES	<ul style="list-style-type: none"> •Revisar, actualizar, socializar, implementar y evaluar la adherencia de las guías para el manejo de pacientes con diagnóstico IAM •Monitorear la conducta a seguir del paciente diagnosticado con Infarto agudo al miocardio dentro de la primera hora después de ser diagnosticado acorde a la guía institucional. •Realizar seguimiento y análisis de los casos en el comité asistencial. •Establecer acciones de mejora. 				
ESTANDAR PROPUESTO	LINEA DE BASE	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
		2012	2013	2014	2015
≥ 90%	ND%	95%	95%	95%	95%

No se cuenta con la línea base, así que el hospital se compromete a partir del último bimestre del año 2012 a establecerla.

4.3.6. Mortalidad Intrahospitalaria

Se pretende lograr que más del 90% de los casos de Mortalidad Intrahospitalaria se analice en comités.

INDICADOR (17)	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 período.				
ACTIVIDADES Y ACCIONES	<ul style="list-style-type: none"> •Determinar y analizar las causas más frecuentes de mortalidad intrahospitalaria mayor a 48 horas en el comité respectivo. Realizar los comités respectivos para el análisis y retroalimentación de los resultados de los mismos 				
ESTANDAR PROPUESTO	LINEA DE BASE	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
		2012	2013	2014	2015
≥ 90%	10%	90%	90%	90%	90%

Este indicador busca que se analice la mortalidad intrahospitalaria, se empezara a evaluar a partir del último bimestre del 2012.

	FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005		
	JUNTA DIRECTIVA	COD. PDC 1.3	REF. PLAN DE GESTION
		ELABORO	V.M.A.P.

4.3.7. Oportunidad en Consulta de Pediatría

La medición del tiempo de espera traduce tiempo de respuesta de la institución a la demanda de servicios y refleja la accesibilidad y Oportunidad de los servicios prestados por el Hospital.

INDICADOR (18)	Oportunidad en la atención de consulta de pediatría.				
FORMULA	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita, por cualquier medio, para ser atendido en la consulta médica pediátrica y la fecha para la cual es asignada la cita / Número total de consultas médicas pediátricas asignadas en la institución.				
ACTIVIDADES Y ACCIONES	<ul style="list-style-type: none"> •Realizar seguimiento mensual de las agendas, implementando estrategias para evitar la demanda insatisfecha del servicio. •Mantener la oferta suficiente de consulta de especialidades de acuerdo a la demanda por diferente tipo de pagador. •Realizar monitoreo del cumplimiento de las metas. 				
ESTANDAR PROPUESTO	LINEA DE BASE	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
		2012	2013	2014	2015
≤ 5 Días	5 Días	5 Días	5 Días	5 Días	5 Días

La línea de base corresponde a los resultados arrojados a Diciembre 31 de 2011, se tiene que se ha aumentado en virtud a los paros realizados por los especialistas en unos periodos del año. Se debe evaluar en la información respecto al último trimestre del año 2012.

4.3.8. Oportunidad en Consulta de Gineco-obstetrica

INDICADOR (19)	Oportunidad en la atención gineco-obstétrica				
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 médica gineco-obstétrica y la fecha para la cual es asignada la cita / Número total de consultas médicas gineco-obstétricas asignadas en la institución.				
ACTIVIDADES Y ACCIONES	<ul style="list-style-type: none"> •Realizar seguimiento mensual de las agendas, implementando estrategias para evitar la demanda insatisfecha del servicio. •Mantener la oferta suficiente de consulta de especialidades de acuerdo a la demanda por diferente tipo de pagador. •Actualizar el diagnóstico y realizar seguimiento del uso de la capacidad instalada de acuerdo con la demanda del servicio 				
ESTANDAR PROPUESTO	LINEA DE BASE	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
		2012	2013	2014	2015
≤ 8 Días	15 Días	8 días	8 días	8 días	8 días

	FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005		
	JUNTA DIRECTIVA	COD. PDC 1.3	REF. PLAN DE GESTION
		ELABORO	V.M.A.P.

La línea de base corresponde a los resultados arrojados a Diciembre 31 de 2011. Se harán modificaciones a partir del último bimestre para poder mejorar la oportunidad.

4.3.9. Oportunidad en Consulta de Medicina Interna

INDICADOR (20)	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.				
ACTIVIDADES Y ACCIONES	<ul style="list-style-type: none"> •Realizar seguimiento mensual de las agendas, implementando estrategias para evitar la demanda insatisfecha del servicio. •Mantener la oferta suficiente de consulta de especialidades de acuerdo a la demanda por diferente tipo de pagador. •Actualizar el diagnóstico y realizar seguimiento del uso de la capacidad instalada de acuerdo con la demanda del servicio 				
ESTANDAR PROPUESTO	LINEA DE BASE	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
		2012	2013	2014	2015
≤ 15 Días	11 Días	15 días	15 días	15 días	15 días

	FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005		
	JUNTA DIRECTIVA	COD. PDC 1.3	REF. PLAN DE GESTION
		ELABORO	V.M.A.P.

BIBLIOGRAFÍA

Resolución 710 de 2012.