



2020

PLAN DE GESTION GERENCIAL

**CENTRO DE SALUD GUACHAVÉS ESE
SANTACRUZ – NARIÑO**

NIT. 900129891-6

PLAN DE GESTION GERENCIAL		
Código: MSAU 01	Versión: 01	Fecha: 23/11/19

**PLAN DE GESTIÓN
MAYO 2020 - MARZO 2024**

CENTRO DE SALUD E.S.E GUACHAVEZ

**HENRY HERNAN BARCO RAMOS
GERENTE**

GUACHAVEZ NARIÑO

PLAN DE GESTION GERENCIAL		
Código: MSAU 01	Versión: 01	Fecha: 23/11/19

PRESENTACIÓN

El Plan de Gestión, es la herramienta y marco de acción de la Gerencia del Centro de Salud E.S.E Guachavez, para el periodo 2020-2024. En él se consolidan los compromisos que la Gerencia acuerda con la Junta Directiva del Hospital y se plasman las metas de gestión y resultados, relacionados con la viabilidad financiera, calidad y eficiencia en la prestación de los servicios.

El presente documento pretende apoyar la definición, articulación, y priorización de objetivos, con el fin de hacer explícita la estrategia de la organización e implementar indicadores de evaluación del desempeño gerencial de conformidad con la normatividad vigente, esto es, la Resolución 710 del 30 de marzo de 2012 y la Resolución 743 de marzo 15 de 2013. El cumplimiento de los indicadores establecidos exige la adopción e implementación de los Principios, Políticas y Directrices del actual Sistema General de Seguridad Social en Salud, La Ley Estatutaria de Salud, el Plan Decenal de Salud Pública, la Política de Atención Integral en Salud "País", Modelo de Acción Integral Territorial "MAITE", además de la viabilidad financiera para prestar Servicios de Salud con solidaridad, equidad y confianza.

Su estructura se apoya en tres Áreas de Gestión: Dirección y Gerencia, Administrativa y Financiera y Clínica Asistencial.

PLAN DE GESTION GERENCIAL		
Código: MSAU 01	Versión: 01	Fecha: 23/11/19

1. MARCO LEGAL

Ley 1122 de 2007.
Decreto 357 de febrero 8 de 2008.
Ley 1438 de 2011, artículos 72, 73 y 74
Resolución 0710 de marzo 30 de 2012
Resolución 0743 de marzo 15 de 2013 y sus anexos técnicos
Ley Estatutaria 1751 de 2015
Ley 1997 de 2016

2. OBJETIVO GENERAL

Establecer las metas de gestión y resultados relacionados con la viabilidad financiera, la calidad y eficiencia en la prestación de los servicios de salud del Centro de Salud E.S.E Guachavez y el reporte de información a los organismos de inspección, vigilancia y control en Salud.

3. FORMULACIÓN PLAN DE GESTIÓN

El presente plan se elaboró según lo estipulado en la resolución 710 de 2012 por medio de la cual se adoptan las condiciones y metodología para la elaboración y presentación del plan de gestión por parte de los gerentes del orden territorial, su evaluación por parte de la Junta Directiva y en los anexos técnicos 2, 3 y 4 de la resolución 743 de 2013.

Sobre estos lineamientos se elabora y presenta el presente PLAN DE GESTIÓN para el periodo de Mayo de 2020 a marzo de 2024, el cual está articulado al Plan de Desarrollo de la Empresa Social del Estado, y por supuesto a los Planes de Desarrollo Municipal, Departamental y Nacional.

De acuerdo a la metodología propuesta en la resolución 710 de 2012 y modificada por la resolución 743 de 2013, el Plan contiene:

- Las metas de gestión y de resultados para cada uno de los indicadores y estándares anuales por áreas de gestión contenidos en el anexo 2 de la resolución 743 de 2013.
- El diagnóstico inicial o línea de base para cada indicador
- El establecimiento de logros o compromisos de gestión.

PLAN DE GESTION GERENCIAL		
Código: MSAU 01	Versión: 01	Fecha: 23/11/19

3.1. FASES DE CICLO CONTINUO

El Plan de Gestión resulta de las actividades desarrolladas por el Gerente de la E.S.E. con todo el equipo de trabajo en forma sucesiva y continua, es decir en un ciclo continuo para el desarrollo de cinco momentos:

1. **Fase de Preparación:** Corresponde a la identificación de las fuentes de información para establecer la línea de base y formular el Plan. La línea de base será entendida como el estudio de la situación actual de la entidad para cada uno de los indicadores y estándares establecidos para las áreas de Dirección y Gerencia, Financiera y Administrativa y Clínica o asistencial incluidos en el anexo No. 2 de la resolución 743 de 2013 "INDICADORES Y ESTANDARES POR ÁREAS DE GESTIÓN".
2. **Fase de Formulación:** En esta fase se realiza el diagnóstico inicial de la E.S.E. para cada uno de los indicadores incluidos en la matriz correspondiente. Este diagnóstico refleja con evidencias suficientes, las condiciones en las cuales se encuentra cada indicador tanto cualitativa como cuantitativamente de tal manera que permite conocer desde donde se está partiendo y cuáles son los retos implicados para cambiar la situación de la Empresa.

A partir de la información contenida en el diagnóstico inicial se diseña un escenario alcanzable para él, los tres años que quedan de este periodo fijo de Gerencia, en el cual con la solución de los problemas y/o el desarrollo de las prioridades establecidas se obtiene una nueva situación o proyección de referencia. Es decir, que, atendiendo a los estándares específicos de cada indicador, se describen los logros a alcanzar para cada uno de ellos, reflejando en esta descripción cualitativa los cambios que se van a evidenciar al final de esta nueva administración.

Partiendo de los indicadores y su respectivo estándar, que son las metas del Plan de Gestión, se procedió a determinar las metas anuales por parte de esta Gerencia, periodos anuales que inician el primero de enero del año dos mil veinte (2020), debido a que la mencionada resolución estipula que la evaluación las metas y evaluación se realizan por anualidades completas.

3. **Fase de Aprobación:** El Plan es aprobado por la Junta Directiva dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su presentación, mediante acuerdo y dejando constancia en acta de la sesión realizada. El Gerente podrá presentar objeciones dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a su aprobación y se resolverá dentro de los diez (10) días hábiles siguientes.

PLAN DE GESTION GERENCIAL		
Código: MSAU 01	Versión: 01	Fecha: 23/11/19

Si la Junta no aprueba el Proyecto de Plan de Gestión durante el término establecido, el plan inicialmente presentado por el Gerente se entenderá aprobado.

- Fase de Ejecución:** Corresponde a la ejecución del mismo después de un despliegue del mismo en forma de planes de acción para cada una de las áreas, el seguimiento de la ejecución de las actividades de manera sistemática y con evidencias sobre las decisiones tomadas para garantizar la continuidad y los ajustes de las mismas, y por supuesto, la presentación del informe anual sobre el cumplimiento del plan de Gestión ante la Junta Directiva de la E.S.E.
- Fase de Evaluación:** La evaluación del informe anual sobre el cumplimiento del Plan de Gestión será presentado por la Gerente a más tardar el primero de abril de cada año sobre los resultados obtenidos entre el 1° de enero y el 31 de diciembre de la vigencia inmediatamente anterior.

El informe contendrá los logros de los indicadores de gestión y resultados de la Empresa y un análisis comparativo con los indicadores de cumplimiento de las metas de gestión y de resultados, junto con un informe motivado de las causas de las desviaciones y los efectos de estos en la gestión de la entidad.

La Junta Directiva realizará la calificación mediante el diligenciamiento del anexo No. 4, "MATRIZ DE CALIFICACIÓN" teniendo como parámetros los establecidos en el anexo No. 3 "INSTRUCTIVO PARA CALIFICACIÓN", de la resolución 408 de 2018.

Los miembros de la Junta Directiva harán constar en un acuerdo debidamente motivado, el resultado de la sumatoria de las calificaciones ponderadas, determinando si la misma es satisfactoria o insatisfactoria, teniendo en cuenta las escalas de resultados definidas en el Anexo 5 de la resolución 710 de 2012 "ESCALA DE RESULTADOS".

3.2. METAS DE GESTIÓN Y DE RESULTADOS Y LÍNEA DE BASE PARA CADA INDICADOR

Este documento determina los compromisos, metas y actividades a alcanzar para el periodo objeto de evaluación, con el fin de cuantificar mensualmente y presentar anualmente los resultados obtenidos relacionados con la viabilidad financiera, la calidad y eficiencia en la prestación de los Servicios de Salud en tres ámbitos y a los cuales se les ha dado un peso porcentual así:

PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL		
Código: MSAU 01	Versión: 01	Fecha: 23/11/19

Dirección y Gerencia	20%
Gestión Financiera y Administrativa	40%
Gestión Clínica y Asistencial	40%

La formulación del plan por área de gestión incluye la identificación del indicador, la fórmula, el diagnóstico o situación actual, línea base 2019, el estándar propuesto normativamente y la proyección de la calificación esperada para cada anualidad iniciando el primero de enero del año 2020 y terminando el 31 de diciembre de 2023.

3.2.1. GESTIÓN DE DIRECCIÓN Y GERENCIA 20%

En esta área incluye el cumplimiento de los logros Estratégicos de Desarrollo e implementación del Sistema de Garantía de la Calidad, contenidos en los indicadores 1, 2 y 3.

El objetivo de esta área es el de implementar y mantener la unidad de objetivos e intereses de la organización en torno a la Misión, Visión, Objetivos institucionales. Establece las políticas, el direccionamiento de la entidad, y 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 asistenciales, administrativos y financieros.

PLAN DE GESTION GERENCIAL		
Código: MSAU 01	Versión: 01	Fecha: 23/11/19

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

La implementación del Sistema Único de acreditación establecido mediante resolución 123 de 2012, busca el logro de niveles superiores de calidad en la prestación de los Servicios de Salud y se realiza en forma conjunta con la implementación del PAMEC y los demás sistemas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.

Respecto a este indicador se pretende lograr el mejoramiento de la calidad en la prestación de Servicios de Salud, haciendo esfuerzos para mejorar la calificación cualitativa y cuantitativa para cada grupo de estándares como un ciclo de preparación para la acreditación.

INDICADOR	FORMULA
1. Promedio de la autoevaluación cuantitativa y cualitativa en desarrollo del ciclo de preparación para la acreditación o del ciclo de mejoramiento de la ESE en los términos del artículo 2 de la Resolución 2181 de 2008 de la norma que la sustituya	Promedio de la calificación de la autoevaluación en la vigencia / Promedio de la calificación de la autoevaluación en la vigencia anterior.
LÍNEA BASE	
Resultado informe de gestión 2019: 2.4	
METAS PARA EL CUATRIENIO	
Meta año 1: 2.4 Meta año 2: 2.5 Meta año 3: 2.5 Meta año 4: 2.6	
ESTRATEGIAS	
✓ Implementar el Plan Estratégico con el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad y el Sistema de Gestión de Calidad.	
ACTIVIDADES	
<ul style="list-style-type: none"> • Actualización de guías y protocolos manuales • Realizar la capacitación en autoevaluación con estándares de acreditación, incluyendo las actualizaciones. • Suscribir Planes de Mejoramiento basados en las no conformidades evidenciadas en la autoevaluación. • Realizar un análisis de las fortalezas y Debilidades del Comité Técnico y como producto de este, formular Plan de Mejoramiento. • Analizar las necesidades de información de cada una de las áreas de gestión. • Articular el Sistema de información, a las áreas de gestión de acuerdo a las necesidades de información evidenciadas. 	

PLAN DE GESTION GERENCIAL		
Código: MSAU 01	Versión: 01	Fecha: 23/11/19

INDICADOR NO. 2: Efectividad en la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud.

La auditoría se define como un componente de mejoramiento continuo en el S.O.G.C. entendida como el mecanismo sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de estándares de calidad "concordantes con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superiores a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación.

El Mejoramiento Continuo de la Calidad (MCC) comprende un conjunto de principios que orientan a las organizaciones a pensar más allá de la evaluación de la calidad o de establecer guías o protocolos de seguimiento que sirven únicamente para la inspección. Representa el despliegue y aplicación en un continuo en el tiempo del ciclo PHVA. Debe llevar al **autocontrol** en cada fase de los procesos, identificando los aspectos susceptibles de mejoramiento con el fin de establecer los ajustes necesarios y superar las necesidades y expectativas de los clientes.

INDICADOR	FORMULA
2. Efectividad en la auditoria para el Mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud.	No. Acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas/No. Acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas
LÍNEA BASE:	
Resultado informe de gestión 2019: 90%	
METAS PARA EL CUATRIENIO	
Meta año 1: Mayor a 90% Meta año 2: Mayor a 90% Meta año 3: Mayor a 90% Meta año 4: Mayor a 90%	
ESTRATEGIAS	
✓ Articular el Plan Estratégico con el Sistema Obligatorio del Garantía de la Calidad y el Sistema de Gestión de Calidad.	
ACTIVIDADES	
<ul style="list-style-type: none"> • Implementar el Plan de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad • Articular los procesos de Auditoria Interna del sistema de Gestión de Calidad con sus diferentes acciones correctivas y planes de mejoramiento, al Sistema de Gestión de Calidad implementado en la institución. • Realizar auditorías internas. 	

PLAN DE GESTION GERENCIAL		
Código: MSAU 01	Versión: 01	Fecha: 23/11/19

INDICADOR No. 3: Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional

El Plan de Desarrollo Institucional es la carta de navegación, que le permite a la Gerencia y su equipo directivo proyectar programas, proyectos y acciones para el periodo de Gerencia. De este plan se extractan o elaboran los planes operativos anuales los cuales van a permitir avanzar hacia el logro de esos grandes retos.

INDICADOR	FORMULA
3. Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo institucional.	No. metas del Plan Operativo Anual Cumplidas / No. Metas Plan Operativo Anual Programadas
LÍNEA BASE:	
Resultado informe de gestión 2019: 94%	
METAS PARA EL CUATRIENIO	
Meta año 1: Mayor a 90% Meta año 2: Mayor a 90% Meta año 3: Mayor a 90% Meta año 4: Mayor a 90%	
ESTRATEGIAS	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Articular el Plan Estratégico del plan de desarrollo con las diferentes dependencias de la ESE. ✓ Concertación de las metas y actividades a cumplir con los jefes de cada dependencia. ✓ Seguimiento al cumplimiento de las metas. 	
ACTIVIDADES	
<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar un diagnóstico que refleje la situación actual de la institución. • Análisis de la información recolectada • Establecer estrategias, actividades y metas • Formulación del Plan de desarrollo Institucional. • Construcción de Planes Operativos por áreas y procesos • Evaluación y seguimiento del Plan de Desarrollo Institucional 	

PLAN DE GESTION GERENCIAL		
Código: MSAU 01	Versión: 01	Fecha: 23/11/19

3.2.2.

GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA 40%:

La Gestión realizada en esta área orienta la gestión de la administración de los recursos requeridos para la adecuada prestación de los servicios de salud y en igual forma al cumplimiento de las obligaciones laborales, legales y rendición de cuentas. Involucra los procesos y recursos administrativos y de logística, necesarios y suficientes para desarrollar las actividades, alcanzar los objetivos y ejecutar las metas de la empresa. Comprende los indicadores 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 y 11 de la Resolución 743.

Tal como lo establece la Ley 1438 de 2011, Artículo 80 "el Ministerio de la Protección Social determinará y comunicará a las direcciones departamentales, municipales y distritales de salud, a más tardar el 30 de mayo de cada año, el riesgo de las Empresas Sociales del Estado teniendo en cuenta sus condiciones de mercado, de equilibrio y viabilidad financiero, a partir de sus indicadores financieros, sin perjuicio de la evaluación por indicadores de salud establecida en la mencionada ley".

INDICADOR	FORMULA
4. Riesgo fiscal y financiero	Categorización del riesgo según el Ministerio de la Protección Social
LÍNEA BASE:	
Resultado informe de gestión 2019: Bajo Riesgo	
METAS PARA EL CUATRIENIO	
Meta año 1: Bajo Riesgo. Meta año 2: Bajo Riesgo. Meta año 3: Bajo Riesgo. Meta año 4: Bajo Riesgo.	
ESTRATEGIAS	
✓ Fortalecimiento de los Procesos de Facturación, Recaudo y Cartera	
ACTIVIDADES	
<ul style="list-style-type: none"> 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. Aumentar la facturación, mediante la obtención de mejores porcentajes de contratación, y la recuperación población no contratada con la entidad. 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 	

PLAN DE GESTION GERENCIAL		
Código: MSAU 01	Versión: 01	Fecha: 23/11/19

- los recursos.
- Generar lineamientos de austeridad, control y racionalidad en el gasto.
 - Reportar información oportuna, veraz y confiable al MSPS
 - Disminuir los pasivos
 - Lograr superávit operacional total para obtener un índice de riesgo mayor o igual a 0
 - Realizar análisis y plan de mejoramiento de acuerdo a los resultados y la calificación.
 - Establecer metodología de priorización y seguimiento a las acciones del plan de mejoramiento.
 - Obtener excedente presupuestal entre los reconocimientos y compromisos de cada vigencia.

Nota: Según la resolución 743 del 2013, anexo 3, área de Gestión Administrativa y Financiera, el indicador Numero 04: Riesgo Fiscal y Financiero, lo optaran las E.S.E de nivel I, II, III con categorización de riesgo alto y medio.

INDICADOR No. 5. Evolución del gasto por unidad de Valor Relativo producida

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

INDICADOR	FORMULA
5. Evolución del gasto por unidad de valor relativo producida.	$\frac{\text{Gasto comprometido en el año evaluado, sin c x p}}{\text{No. UVR producidas en el año evaluado}} \div \frac{\text{Gasto comprometido en el año anterior sin c x p, en \$ constantes}}{\text{No. UVR producidas en el año anterior.}}$
LÍNEA BASE:	
Resultado informe de gestión 2019: 1	
METAS PARA EL CUATRIENIO	
Meta año 1: <0,9	
Meta año 2: <0,9	
Meta año 3: <0,9	
Meta año 4: <0,9	
ESTRATEGIAS	
✓ Fortalecimiento de los Procesos de Facturación, Recaudo y Cartera.	

PLAN DE GESTION GERENCIAL

Código:
MSAU 01

Versión: 01

Fecha: 23/11/19

ACTIVIDADES

- Revisar la capacidad resolutive
- Verificar sistema de información la trazabilidad de la atención.
- Revisión de la facturación por los servicios prestados.
- Establecer un comparativo de la producción trimestralmente respecto al año anterior
- Verificar que los costos de producción sean acorde a los servicios prestados.
- Definir indicadores de seguimiento por procesos y subproceso.
- Establecer puntos de control en los diferentes procesos financieros y asistenciales
- Establecer metas de producción por área.
- Implementación de una unidad que integre y direcciona los Procesos de Facturación Recaudo y Cartera.
- Revisar la capacidad instalada vs producción.

INDICADOR No. 6: Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante mecanismos de compras

A través de este indicador se busca la eficiencia y transparencia en la contratación, adquisiciones y compras de las Empresas Sociales del Estado, para lo cual pueden 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	FORMULA
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	Valor total adquisiciones M y MMQ realizadas por compras conjuntas, cooperativas ESE y/o mecanismos electrónicos / Valor total adquisiciones M y MMQ realizadas por LA ESE
LÍNEA BASE:	
Resultado informe de gestión 2019: 1%	
METAS PARA EL CUATRIENIO	
Meta año 1: $\geq 70\%$	
Meta año 2: $\geq 70\%$	
Meta año 3: $\geq 70\%$	
Meta año 4: $\geq 70\%$	

PLAN DE GESTION GERENCIAL		
Código: MSAU 01	Versión: 01	Fecha: 23/11/19

ACTIVIDADES

- 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 el mecanismo de compras conjuntas
- Implementar metodología de control y seguimiento
- Identificar posibles proveedores que cumplan con las características establecidas en el indicador y los estándares de evaluación establecidos en el proceso de Compras de la institución.

INDICADOR No. 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.

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

INDICADOR	FORMULA
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.	Valor de la deuda superior a 30 días por salarios y contratación de servicios corte 31 Diciembre de la vigencia evaluada - Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios y contratación de servicios corte 31 Dic. vigencia anterior valores constante
LÍNEA BASE:	
Resultado informe de gestión 2019: Cero (0)	
METAS PARA EL CUATRIENIO	
Meta año 1: Cero (0)	
Meta año 2: Cero (0)	
Meta año 3: Cero (0)	
Meta año 4: Cero (0)	
ESTRATEGIAS	
✓ 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	

PLAN DE GESTION GERENCIAL		
Código: MSAU 01	Versión: 01	Fecha: 23/11/19

ACTIVIDADES

- Analizar y vigilar la situación financiera de la Entidad.
- Integrar los sistemas de información.
- Análisis de la capacidad financiera para contratación de personal.
- fortalecer el sistema de recaudo.
- Gestionar los recursos suficientes que garanticen liquidez a la ESE.
- Cumplir y hacer cumplir las obligaciones laborales de conformidad con las disposiciones legales y de contratación.
- Jerarquizar los compromisos institucionales
- Realizar la programación mensual de pagos
- Hacer seguimiento a los pagos en los términos establecidos

INDICADOR No. 8: Utilización de información de Registro individual de prestaciones (RIPS)

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 en cumplimiento de la Resolución 374 de 2000.

Los RIPS proveen los datos que se requieren para hacer seguimiento a la Prestación de Servicios de Salud en el marco del SGSSS. Su objetivo es servir de herramienta para la determinación del perfil de morbilidad y producción de servicios. Si bien se hacen 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 y las restricciones del Sistema de Información actual, por lo cual la ESE continua realizando los esfuerzos para promover la oportunidad y calidad del registro generado por la atención en salud.

Es el conjunto de datos mínimos y básicos que el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Tabla 8. Indicadores por áreas de Gestión

INDICADOR	FORMULA
8. Utilización de información de registro individual de prestaciones-RIPS	Utilización de información del registro individual de presentaciones-RIPS
LÍNEA BASE:	
Resultado informe de gestión 2019: 2 informes presentados	

PLAN DE GESTION GERENCIAL		
Código: MSAU 01	Versión: 01	Fecha: 23/11/19

METAS PARA EL CUATRIENIO
Meta año 1: 4 informes presentados Meta año 2: 4 informes presentados Meta año 3: 4 informes presentados Meta año 4: 4 informes presentados
ESTRATEGIAS
✓ Analizar y socializar los resultados de la facturación de manera trimestral.
ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • Capacitar a los funcionarios de estadística, facturación y sistemas en el uso de la herramienta de análisis para los RIPS y su forma de presentación ante la junta directiva. • Estandarizar el proceso de generación de informes a partir del Registro Individual de Prestaciones • Evaluar la calidad del Registro Individual de Prestaciones, para la generación del informe por parte del área de Planeación. • Mantener actualizado el Perfil Epidemiológico Institucional.

INDICADOR No. 9. Resultado Equilibrio presupuestal con recaudo

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

INDICADOR	FORMULA
9. Resultado equilibrio presupuestal con recaudo.	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia, con c x c vigencias anteriores / valor de la ejecución de los gastos comprometidos incluyendo cuentas por pagar de vigencias anteriores
LÍNEA BASE:	
Resultado informe de gestión 2019: 1.27	
METAS PARA EL CUATRIENIO	
Meta año 1: ≥ 1 Meta año 2: ≥ 1 Meta año 3: ≥ 1 Meta año 4: ≥ 1	

PLAN DE GESTION GERENCIAL		
Código: MSAU 01	Versión: 01	Fecha: 23/11/19

ESTRATEGIAS
✓ Fortalecimiento e implementación de una unidad que integre y direcciona los Procesos de Facturación Recaudo y Cartera.
ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • Planeación del presupuesto basado en recaudo • Definir el programa de oferta de servicios acorde a capacidad instalada. • Verificar contratación actual y definir políticas de ventas de servicios. • Maximizar la productividad de la capacidad instalada. • Realizar inducción, seguimiento y evaluación del proceso de facturación • Evaluar el plan anual de compras y su comportamiento. • Aplicación de acciones para la gestión y recaudo de cartera • Implementar un Plan de Austeridad del Gasto • Verificar los costos de producción acorde a los servicios prestados. • Optimizar los costos • Realizar proceso de saneamiento contable • Cumplir con el pago de los compromisos de las cuentas por pagar • Fortalecimiento e implementación de una unidad que integre y direcciona los Procesos de Facturación Recaudo y Cartera.

INDICADOR No. 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

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

INDICADOR	FORMULA
10. Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la circular única expedida por la superintendencia nacional de salud o la norma que la sustituya.	Cumplimiento en términos previstos
LINEA BASE:	
Resultado informe de gestión 2019: Cumplimiento oportuno	
METAS PARA EL CUATRIENIO	
Meta año 1: oportunidad en la entrega	
Meta año 2: oportunidad en la entrega	
Meta año 3: oportunidad en la entrega	
Meta año 4: oportunidad en la entrega	

PLAN DE GESTION GERENCIAL		
Código: MSAU 01	Versión: 01	Fecha: 23/11/19

ESTRATEGIAS
✓ Fortalecimiento del sistema de información de la Institución.
ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none"> Ajustar el sistema de información que permita generar información confiable. Realizar análisis y retroalimentación a los datos arrojados por el sistema. Establecer planes de mejora permanente a la información. Reportar de manera oportuna los informes solicitados en el aplicativo de la Superintendencia Nacional de Salud. Circular Única Presentar los Informes dentro de los términos legales

INDICADOR No. 11: Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya

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

INDICADOR	FORMULA
11. Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del decreto 2193 de 2004, o la norma que la sustituya.	Cumplimiento en términos previstos
LÍNEA BASE:	
Resultado informe de gestión 2019: Cumplimiento oportuno	
METAS PARA EL CUATRIENIO	
Meta año 1: oportunidad en la entrega	
Meta año 2: oportunidad en la entrega	
Meta año 3: oportunidad en la entrega	
Meta año 4: oportunidad en la entrega	
ESTRATEGIAS	
Fortalecimiento del sistema de información de la Institución.	
ACTIVIDADES	
<ul style="list-style-type: none"> Presentar los Informes dentro de los términos legales. Obtener de manera oportuna la información respectiva para el análisis. Asignar responsables de la información contenida en el Decreto 2193 de 2004. Realizar análisis y retroalimentación a los datos arrojados por el sistema. Establecer planes de mejora permanente a la información. Reportar de manera oportuna los informes trimestrales, semestrales y anuales en el aplicativo SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social para la validación por parte de la DLS y envío a Instituto Departamental de Salud de Nariño, quien lo remitirá al Ministerio de Salud. 	

PLAN DE GESTION GERENCIAL		
Código: MSAU 01	Versión: 01	Fecha: 23/11/19

3.2.3. GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL 40%:

Es la gestión realizada con el conjunto de procesos orientados a la prestación de servicios salud a los usuarios, en concordancia con su nivel de complejidad, portafolio de servicios y capacidad resolutoria a nivel asistencial.

Las actividades de la prestación de servicios de salud son aquellas relacionadas con los procesos misionales del hospital, dentro de los cuales se encuentra la Gestión Ambulatoria, Gestión de Salud Pública y la Gestión de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico en concordancia con el nivel de complejidad y portafolio de servicios encaminado al cumplimiento de la misión institucional, comprende los indicadores 21, 22, 23, 24, 25, 26

ESTRATEGIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas. (Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Accidente Cerebro Vascular, Infarto Agudo de Miocardio, Enfermedad Renal Crónica.)

Población con riesgo o enfermedades respiratorias crónicas. (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Asma)

Población con riesgo o alteraciones en la salud bucal. (Caries, Fluorosis, Edentulismo.)

Población con riesgo o presencia de cáncer. (Cáncer de Mama, Cáncer de Cérvix, Cáncer de Colon y Recto, Cáncer de Próstata, Cáncer de Pulmón, Cáncer de Estómago, Cáncer de Piel.)

Población materno perinatal. (Alteraciones y complicaciones del Embarazo, Parto y Puerperio, Interrupción Voluntaria del Embarazo, Embarazo en Adolescentes; Enfermedades Congénitas, Trastornos del Recién Nacido.)

Población con riesgo o presencia de enfermedades infecciosas. (Enfermedades transmitidas por Vectores (ETV): Dengue, Chikunguña, Zika, Chagas, Malaria. • Tuberculosis • Enfermedad Diarreica Aguda e Infección Respiratoria Aguda (Neumonía) en menores de 5 años. • Infecciones de transmisión Sexual: Sífilis, Virus de la Inmunodeficiencia Humana, Hepatitis B y C.)

Población con riesgo o trastornos psicosociales y del comportamiento. (Depresión, Epilepsia, Esquizofrenia, Trastorno Afectivo Bipolar, Psicosis, Epilepsia, Espectro Autista, Ansiedad, Trastornos del comportamiento en los niños, Demencia.)

Población con riesgo o presencia de zoonosis y agresiones por animales (Accidente Rábico y Ofídico)

Población con riesgo o trastornos degenerativos, neuropatías y autoinmunes. (Artritis Reumatoidea y Enfermedades Neurológicas.)

PLAN DE GESTION GERENCIAL		
Código: MSAU 01	Versión: 01	Fecha: 23/11/19

INDICADOR No. 21: Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación

La Organización Mundial de la Salud OMS ha definido como uno de sus objetivos “Hacer progresar la acción de la salud y del bienestar de la madre y del niño y favorecer su actitud de vivir en armonía con un medio en plena transformación”, por consiguiente, los servicios de salud deben enfocarse en el control prenatal de manera integral y el desarrollo de guías de práctica clínica es un esfuerzo prioritario en el logro de este objetivo.

La guía de práctica clínica No. 11-15 junto a La resolución 3280 de 2018 encaminada para la prevención, detección temprana y tratamiento y de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio, del Ministerio de Salud y Protección Social, recomienda que la inscripción al control prenatal idealmente debe realizarse antes de la semana 10, momento de verdad en donde se identifican todos los factores protectores y de riesgo para ser reforzados e intervenidos de manera oportuna para realizar el monitoreo de la salud física y mental de la madre, la cual repercute directamente sobre la salud del feto.

INDICADOR	FORMULA
21. Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación	Número de mujeres gestantes a quienes se realizó por lo menos una valoración médica y se inscribieron el Programa de Control Prenatal de la ESE, a más tardar en la semana 12 de gestación/Total de mujeres gestantes identificadas.
LÍNEA BASE:	
Resultado informe de gestión 2019: 46%	
METAS PARA EL CUATRIENIO	
Meta año 1: Mayor o igual al 85%	
Meta año 2: Mayor o igual al 85%	
Meta año 3: Mayor o igual al 85%	
Meta año 4: Mayor o igual al 85%	
ESTRATEGIAS	
✓ Fortalecimiento de la Atención en Salud	

PLAN DE GESTION GERENCIAL		
Código: MSAU 01	Versión: 01	Fecha: 23/11/19

ACTIVIDADES

- Canalizar a usuarias embarazadas en los procesos de demanda inducida para los programas de p y p
- Identificar en el laboratorio clínico casos positivos para contactar a las usuarias para el ingreso oportuno al control prenatal
- Realizar promoción a través de mecanismos de información, educación, y comunicación para el ingreso oportuno de las embarazadas al control antes de la semana 12 de embarazo.
- Dar prioridad en la asignación de citas a las gestantes para el ingreso a control prenatal.
- Realizar capacitaciones al personal médico, de enfermería y auxiliares de enfermería sobre la norma técnica de detección temprana de alteraciones del embarazo haciendo énfasis en el ingreso antes de la semana 12 de gestación

INDICADOR No. 22: Incidencia de sífilis congénita en partos atendidos en la E.S.E.

La sífilis congénita en Colombia representa un grave problema de salud pública. Existe una necesidad interna y también un compromiso ante la comunidad internacional para llevar a cabo la eliminación de la sífilis congénita como problema de salud pública en el país. El plan para la eliminación de la sífilis congénita tiene como propósito reducir la incidencia de la enfermedad para el año 2000 por medio de la detección y el diagnóstico precoz y el suministro de tratamiento adecuado y oportuno a las mujeres para las gestantes infectadas y la reducción de la prevalencia de sífilis en mujeres en edad fértil.

Entre las estrategias fundamentales para lograr la eliminación de la sífilis congénita están la optimización de la cobertura y la calidad de la atención prenatal mejorando los procedimientos críticos relacionados, considerando que el objetivo del plan es prevenir la transmisión materna de la sífilis al fruto de la gestación, o cuando menos tratarla in útero, y no tan solo detectar y tratar los casos de sífilis en el neonato cuando ya se ha transmitido la infección.

PLAN DE GESTION GERENCIAL		
Código: MSAU 01	Versión: 01	Fecha: 23/11/19

INDICADOR	FORMULA
22. Incidencia de Sífilis congénita en partos atendidos en la ESE.	Número de Recién Nacidos con diagnóstico de Sífilis congénita en población atendida por la ESE en la vigencia
LÍNEA BASE:	
Resultado informe de gestión 2019: Cero casos.	
METAS PARA EL CUATRIENIO	
Meta año 1: cero casos Meta año 2: cero casos Meta año 3: cero casos Meta año 4: cero casos	
ESTRATEGIAS	
✓ Fortalecimiento de la Atención en Salud	
ACTIVIDADES	
<ul style="list-style-type: none"> • Seguimiento y evaluación de adherencia a Guías de Práctica Clínica. • Evaluar los procesos de inducción y re inducción del Talento Humano e implementar planes de mejoramiento. • Seguimiento, evaluación y socialización de resultados de estrategias planteadas. • Articulación de las instituciones y la comunidad. Socializaciones periódicas con el personal médico, enfermería y auxiliares de enfermería de la guía de manejo para sífilis gestacional y congénita. • Seguimiento estricto de los casos que se presente con sífilis gestacional para verificación de cumplimiento de la guía de manejo. • Evaluación periódica de la utilización de la guía de manejo para sífilis gestacional. 	

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

Las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) son un problema nacional e internacional de salud pública que afecta a la mayoría de naciones, pero tiene un impacto muy importante sobre las poblaciones en situación de vulnerabilidad económica y social y actualmente son la principal causa de morbilidad del país.

Las enfermedades crónicas, se definen como un proceso de evolución prolongada, que no se resuelven espontáneamente y rara vez alcanzan una cura completa, las cuales generan una

PLAN DE GESTION GERENCIAL		
Código: MSAU 01	Versión: 01	Fecha: 23/11/19

gran carga social tanto desde el punto de vista económico como desde la perspectiva de dependencia social e incapacitación.

Para el año 2019, la enfermedad cardiovascular fue la primera causa de mortalidad en Colombia, por encima de las defunciones provocadas por los homicidios.

De acuerdo a las estadísticas vitales del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), para el año 2019 estas cinco causas de mortalidad en Colombia siguen predominando en el país en su respectivo orden: Enfermedad isquémica del corazón, agresiones u homicidios, enfermedad cerebrovascular, enfermedades crónicas de las vías respiratorias y Diabetes Mellitus.

La hipertensión arterial contribuye a la carga de cardiopatías, accidentes cerebrovasculares e insuficiencia renal y a la mortalidad y discapacidad prematuras. La hipertensión rara vez produce síntomas en etapas tempranas y en muchos casos no se diagnostica. Los casos que se diagnostican a veces no tienen acceso al tratamiento y es posible que no puedan controlar con éxito su enfermedad en el largo plazo.

El Departamento de Nariño y el municipio de Guachavez Nariño no son ajenos a esta problemática y a estos datos estadísticos, ya que dentro del perfil epidemiológico 2019 las Enfermedades Crónicas no Transmisibles hacen parte de las primeras causas de morbilidad de la población y además sus complicaciones son la primera causa de mortalidad, de allí que desde el año 2007 con la expedición de la resolución 4003 de 2008 y su anexo técnico del Ministerio de Salud y Protección Social se inició con la implementación de un nuevo modelo de atención para la Hipertensión Arterial y la Diabetes mellitus. Esta nueva norma fue el insumo para que en el año 2012 el IDSN fortaleció sus acciones en torno a este grave problema e implementó el Modelo de Prevención del Riesgo Cardiovascular, el mismo que debe ser desarrollado en todo el Departamento y el cual fortalece mucho el accionar hacia el logro de los objetivos para alcanzar las metas de este indicador se inició con la organización del programa de acuerdo a lo estipulado en la resolución 4003 de 2008 y con el modelo de atención del riesgo cardiovascular.

El programa ha sido objeto de muchas auditorías externas realizadas tanto por las EPS como por el Instituto Departamental de Salud de Nariño y por las auditorías internas propias de la Institución y se cuenta con mucha información para describir la situación actual y establecer la línea de base de este indicador.

PLAN DE GESTION GERENCIAL		
Código: MSAU 01	Versión: 01	Fecha: 23/11/19

INDICADOR	FORMULA
23. Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía de atención de Enfermedad Hipertensiva.	Número de Historias Clínicas con aplicación estricta de la Guía de atención de Enfermedad Hipertensiva adoptada por la ESE/Total de pacientes con Diagnóstico de hipertensión arterial atendidos en la ESE, en la vigencia objeto de la evaluación.
LÍNEA BASE:	
Resultado informe de gestión 2019: 93.8%	
METAS PARA EL CUATRIENIO	
Meta año 1: Mayor o igual a 90%	
Meta año 2: Mayor o igual a 90%	
Meta año 3: Mayor o igual a 90%	
Meta año 4: Mayor o igual a 90%	
ESTRATEGIAS	
Articular el Plan Estratégico con el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad y el Sistema de Gestión de Calidad.	
ACTIVIDADES	
<ul style="list-style-type: none"> • Implementar el Plan de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad. • Articulación de los procesos de Auditoria Interna del sistema de Gestión de Calidad con sus diferentes acciones correctivas y planes de mejoramiento. • Articulación de los Sistemas de información • Capacitación del personal a cargo del programa. • Socializaciones periódicas con el personal médico, enfermería y auxiliares de enfermería de la guía de manejo para hipertensión arterial. • Evaluación periódica de la adherencia a guía de manejo de atención de enfermedad hipertensiva. • Socialización y retroalimentación al personal de la evaluación a la adherencia a guía realizada. • Levantamiento de planes de mejoramiento con los no cumplimiento de la evaluación realizada a las historias clínicas para verificación de las guías de manejo 	

PLAN DE GESTION GERENCIAL		
Código: MSAU 01	Versión: 01	Fecha: 23/11/19

INDICADOR No. 24: Evaluación de aplicación de guía de manejo de crecimiento y desarrollo

El 90% del desarrollo físico y psíquico, ocurre durante los primeros años de vida; esto quiere decir, que el ser humano sólo tiene una oportunidad de desarrollarse y ésta debe protegerse hasta donde sea posible.

Las enfermedades perinatales, las infecciones respiratorias agudas, las diarreas, las enfermedades inmuno - prevenibles, los accidentes y la desnutrición, todavía son la causa de muchas muertes Colombia. Éstas y otras enfermedades y problemas como la carencia afectiva, el retardo mental, las enfermedades bucales, las alergias y trastornos visuales y auditivos, impiden el bienestar de los niños y de las niñas y dificultan su desarrollo. Las mencionadas situaciones se pueden prevenir y controlar a través de la vigilancia y el acompañamiento adecuado del proceso de crecimiento y desarrollo.

Por estas razones, es necesario asumir un compromiso social que dé la máxima prioridad a los niños y las niñas, que permita un abordaje más equitativo, le asigne a la niñez los recursos suficientes para la promoción y fortalecimiento de los factores protectores, la prevención y control de los factores de riesgo, para lograr así, el mejoramiento de su salud, bienestar y calidad de vida.

“Los niños son seres únicos e irrepetibles, gestores de su permanente proceso de crecimiento y desarrollo y los adultos, tenemos el compromiso ineludible de acompañarlos con inteligencia y amor en este proceso: El Niño Sano”

Dentro de los programas priorizados en la gestión de calidad se ha priorizado la atención a niños y niñas con fundamento en la prevalencia de estos derechos sobre los derechos de los demás y porque este grupo de población se encuentra clasificado como población vulnerable.

Este programa ha sido objeto de muchas auditorías externas realizadas tanto por las EPS como por el Instituto Departamental de Salud de Nariño y por las auditorías internas propias de la Institución y se cuenta con mucha información para describir la situación actual y establecer la línea de base de este indicador.

PLAN DE GESTION GERENCIAL		
Código: MSAU 01	Versión: 01	Fecha: 23/11/19

INDICADOR	FORMULA
24. Evaluación de aplicación de guía de manejo de Crecimiento y Desarrollo	Número de Historias Clínicas de niños(as) menores de 10 años a quienes se aplicó estrictamente la Guía técnica para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo/ Total de niños(as) menores de 10 años a quienes se atendió en consulta de crecimiento y desarrollo e la ESE en la vigencia.
LÍNEA BASE:	
Resultado informe de gestión 2019: 94.8%	
METAS PARA EL CUATRIENIO	
Meta año 1: Mayor o igual a 80%	
Meta año 2: Mayor o igual a 80%	
Meta año 3: Mayor o igual a 80%	
Meta año 4: Mayor o igual a 80%	
ESTRATEGIAS	
✓ Articular el Plan Estratégico con el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad y el Sistema de Gestión de Calidad.	
ACTIVIDADES	
<ul style="list-style-type: none"> • Socializaciones periódicas con el personal médico, enfermería y auxiliares de enfermería de la guía de manejo para crecimiento y desarrollo. • Evaluación periódica de la adherencia a guía de manejo de atención de Detección temprana de alteraciones del crecimiento y desarrollo. • Socialización y retroalimentación al personal de la evaluación a la adherencia a guía realizada. • Levantamiento de planes de mejoramiento con los no cumplimientos de la evaluación realizada a las historias clínicas para verificación de las guías de manejo. 	

INDICADOR No. 25: Reingresos por el servicio de urgencias.

Este indicador da cuenta de la calidad de la atención en términos de la racionalidad técnica, científica y efectividad del diagnóstico y tratamiento aplicados en la atención del paciente, así como con la capacidad resolutoria de la institución en la educación del paciente. Este indicador permite hacer el seguimiento al tratamiento dado por el médico tratante y el autocuidado realizado por el paciente o cuidadores del paciente.

PLAN DE GESTION GERENCIAL		
Código: MSAU 01	Versión: 01	Fecha: 23/11/19

Las fallas en la calidad de la atención en salud en el servicio de urgencias contribuyen al incremento de la morbilidad, mortalidad, secuelas y discapacidad.

INDICADOR	FORMULA
25. Reingresos por el servicio de urgencias.	Número de consultas al servicio de urgencias, por la misma causa y el mismo paciente, mayor de 24 y menor de 72 horas/Total de consultas del servicio de urgencias durante el periodo.
LÍNEA BASE:	
Resultado informe de gestión 2019: 0,019	
METAS PARA EL CUATRIENIO	
Meta año 1: Menor o igual a 0,03	
Meta año 2: Menor o igual a 0,03	
Meta año 3: Menor o igual a 0,03	
Meta año 4: Menor o igual a 0,03	
ESTRATEGIAS	
✓ Articular el Plan Estratégico con el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad y el Sistema de Gestión de Calidad.	
ACTIVIDADES	
<ul style="list-style-type: none"> • Socializaciones periódicas con el personal médico, enfermería y auxiliares de enfermería de las guías de manejo de las 10 primeras causas de consulta en el servicio de urgencias. • Evaluación periódica (cada tres meses) de la adherencia a guías de manejo de atención de las principales causas de consulta por urgencias. • Socialización y retroalimentación al personal de la evaluación a la adherencia a guía realizada. • Levantamiento de planes de mejoramiento con los no cumplimientos de la evaluación realizada a las historias clínicas para verificación de las guías de manejo. • Realizar educación al usuario en el servicio sobre el autocuidado referente a la patología por la que consulta. 	

PLAN DE GESTION GERENCIAL		
Código: MSAU 01	Versión: 01	Fecha: 23/11/19

INDICADOR No. 26: Oportunidad promedio en la atención de consulta médica general

La atención por el médico general es la más importante y frecuente puerta de entrada al sistema. La oportunidad en este nivel de atención es directamente proporcional al acceso a los servicios y su resolutive es vital para la eficiencia del sistema pues orienta y racionaliza la demanda a niveles superiores de complejidad y especialidad. Una respuesta rápida en la baja complejidad contribuye a la detección y tratamiento en etapas iniciales del proceso patológico disminuyendo la incapacidad, secuelas y riesgos inherentes a él y disminuye la congestión e inadecuada utilización de servicios especializados y de urgencias.

El tiempo de respuesta en una Institución Prestadora es útil para medir la suficiencia institucional para atender la demanda de servicios que recibe, orientando decisiones de mejoramiento. La monitorización de este indicador puede proveer al usuario de información relevante para su decisión de acudir a la IPS de su preferencia y para la auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, puede representar además un trazador indirecto de la capacidad resolutive de los procesos de atención y de la suficiencia de oferta en el primer nivel. Igualmente incentiva a las IPS a implementar las acciones de mejoramiento que incremente la posibilidad del usuario de obtener los servicios que requiere sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud, reducir las fallas relacionadas con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

La asignación de citas de medicina general no podrá exceder los tre (3) días hábiles, contados a partir de la solicitud, salvo que el paciente la solicite de manera expresa para un plazo diferente.

INDICADOR	FORMULA
26. Oportunidad promedio en la atención de consulta médica general.	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita, por cualquier medio, para ser atendido en la consulta médica general y la fecha para la cual es asignada la cita/Número total de consultas médicas generales asignadas en la Institución.
LÍNEA BASE:	
Resultado informe de gestión 2019: 1	
METAS PARA EL CUATRIENIO	
Meta año 1: Menor o igual a 3.	
Meta año 2: Menor o igual a 3.	
Meta año 3: Menor o igual a 3.	
Meta año 4: Menor o igual a 3.	

PLAN DE GESTION GERENCIAL		
Código: MSAU 01	Versión: 01	Fecha: 23/11/19

ESTRATEGIAS
✓ Articular el Plan Estratégico con el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad y el Sistema de Gestión de Calidad.
ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • Ajustar el proceso de asignación de citas • Implementar la medida de la demanda insatisfecha. • Articulación de los Sistemas de información. • Fortalecer el sistema de Información Calidad recolección de los datos mejorar el software para la recolección de datos. • Aumentar la disponibilidad de citas médicas en caso de ser necesarias. • Reducir las fallas relacionadas con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda.

3. SISTEMA DE DIFUSIÓN, SEGUIMIENTO Y MONITOREO DE LOS RESULTADOS DEL PLAN DE GESTIÓN.

El plan de gestión será difundido ampliamente con todo el personal interno y con la externalización de servicios con el fin de que se logre la sensibilización del compromiso que tiene cada uno de los integrantes del Centro de Salud E.S.E Guachavez.

La segunda fase consiste en el monitoreo y seguimiento de los resultados del plan de gestión para lo cual se diseñarán los registros necesarios para recolección de la información del día a día y así calcular los resultados parciales de manera mensual y consolidar al final del periodo el resultado final.

En la consolidación parcial y total se realizará análisis y planes de mejoramiento que permitan reducir la brecha entre la calidad observada y la calidad esperada como un continuo de mejora permanente.

APROBACIÓN Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN POR PARTE DE LA JUNTA DIRECTIVA.

De acuerdo a lo estipulado en el artículo 72 y 73 de la ley 1438 de 2011, La junta directiva de la Empresa Social del Estado del orden territorial deberá aprobar el plan de gestión para ser ejecutado por el Gerente de la E.S.E. para el período 2020-2023.

El Gerente de la E.S.E. presentará a más tardar el primero de abril de cada anualidad para el cual fue designado, presenta a la Junta Directiva, un informe sobre el cumplimiento del plan de gestión de la vigencia anterior con corte a 31 de diciembre.

PLAN DE GESTION GERENCIAL		
Código: MSAU 01	Versión: 01	Fecha: 23/11/19

La Junta directiva, una vez haya evaluado y realizado la calificación respectiva, deberá dejar constancia en un acuerdo debidamente motivado, el resultado de la calificaciones ponderadas, el cual debe notificarse al Gerente.

Si la evaluación es insatisfactoria, la junta directiva solicitará al nominador, la remoción del Gerente aún sin terminar el periodo.