

E.S.E HOSPITAL DEL PERPETUO SOCORRO VILLAVIEJA-HUILA

PLAN DE ACCION

01 enero de 2021 al 31 de diciembre 2021

FREDDY ORLANDO BARRAGAN ALVAREZ

Gerente

VILLAVIEJA-HUILA

Enero de 2021

Carrera 3 No. 3-17
Cel: 321 921 1928
e-mail: esevillavieja@yahoo.es

MARCO LEGAL

LEY 1474 DE 2011. “Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública.”

PLATAFORMA ESTRATEGICA DE LA E.S.E HOSPITAL DEL PERPETUO SOCORRO

MISIÓN

Somos una Empresa Social Del Estado de primer nivel de atención, que ofrece una atención segura y humanizada, con un enfoque social; manteniendo de esta forma la salud de la población, con talento humano idóneo y capacitado.

VISIÓN

Proyectar para el 2023, una empresa con solidez financiera, líder en salud, amigable con el medio ambiente y encaminada al cumplimiento del sistema obligatorio de garantía de calidad.

VALORES INSTITUCIONALES

Responsabilidad: Es cumplir debidamente las funciones y asumir las consecuencias de las decisiones, actos u omisiones.

Transparencia: Está enfocada en llevar a cabo prácticas administrativas pulcras, a disposición pública, sin tener nada que ocultar.

Honestidad: El servidor público y/o contratista debe mantener una conducta recta y honrada, que lleva a observar normas y compromisos, así como actuar con la verdad, lo que denota sinceridad y correspondencia en lo que se hace, en lo que se piensa y en lo que se dice.

Sentido de Pertenencia: El colaborador debe sentirse como parte de la empresa, donde tome los objetivos del equipo como propios; al estar comprometido con tu trabajo, lo que aumenta su desempeño y contribuye a mejorar el ambiente laboral al mantener una actitud positiva.

Respeto: Es la atención y consideración para con los demás y consigo mismo, es ofrecer un trato humano y empático a las personas, respetando sus derechos individuales y colectivos, su autonomía y su diversidad.

Compromiso: El servidor público y/o contratista debe reflejar con su trabajo y desempeño, el compromiso con la empresa y con la comunidad.

Lealtad: Es asumir el compromiso de fidelidad, respeto y rectitud, actuando siempre en bien de la institución y con amplio sentido de pertenencia.

Solidaridad: Entendida esta como el sentimiento que impulsa a los servidores y/o contratistas de la entidad a prestarse ayuda mutua, trabajando en equipo y adoptando una forma de comportamiento que acarree beneficios para la vida individual y empresarial.

INDICADORES Y ESTANDARES POR AREAS DE GESTIÓN (IDENTIFICACION LINEA DE BASE, RESPONSABLE Y META)

a	AREA DE GESTION	N°	TIPO DE ESE	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR, LINEA BASE Y RESPONSABLE		
	B	c	D	e	Línea de base 2019	Responsable	Meta 2021
Dirección y Gerencia 20%	1	Nivel I,II y III	Mejoramiento continuo de la calidad aplicable a las entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	Promedio de la calificación de la autoevaluación en la vigencia / Promedio de la calificación de la autoevaluación de la vigencia anterior	SIN SOPORTE	GERENTE/ASESOR CALIDAD	≥ 1.20
	2	Nivel I,II y III	Efectividad en la Auditoria para el Mejoramiento continuo de la Calidad en Salud	Número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas / Total de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoria	SIN REPORTE (SEGÚN INFORME SUPERSALUD)	ASESOR CALIDAD	≥0.90



Financiera y Administrativa 40%	3	Nivel I, II y III	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	Número de metas del Plan Operativo anual cumplidas / Número de metas del Plan Operativo anual programadas	SIN SOPORTE	ASESOR CONTROL INTERNO	≥ 0.90
	4	Nivel I, II y III	Riesgo fiscal y financiero	Caracterización de la ESE por parte del Ministerio de Salud y Protección Social en cuanto a la caracterización del riesgo	RIESGO ALTO (PROGRAMA DE SANAMIENTO FISCAL Y FINANCIERO)	GERENTE	RIESGO BAJO
	5	Nivel I, II y III	Evaluación del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida (1)	[(Gasto comprometido en el año objeto de la evaluación, sin incluir cuentas por pagar / Número de UVR producidas en la vigencia) / (Gasto comprometido en la vigencia anterior en valores constantes del año objeto de	1.0 (FICHA TECNICA SIHO 2019 Y 2018)	GERENTE	≤ 0.90



			evaluación, sin incluir cuentas por pagar/ Número UVR producidas en la vigencia anterior]]			
6	Nivel I,II y III	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 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	0	GERENTE	≥0.70
7	Nivel I,II y III	Monto de la deuda superior a 30 días por	A. Valor de la deuda superior a 30 días por	0	GERENTE	Cero (0)



			concepto de salarios de personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior	concepto de salarios de personal de planta o internalización de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación. B.[(Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios de 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 de personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de			
--	--	--	---	---	--	--	--



			diciembre de la vigencia anterior en valores constantes)]			
8	Nivel I,II y III	Utilización de información de Registro Individual de prestaciones RIPS	Número de informes del análisis de la ESE a la Junta directiva con base en los RIPS en la Vigencia. En el caso de la población capitada, teniendo en cuenta, como mínimo, el perfil epidemiológico y las frecuencias de uso de los servicios.	SIN SOPORTE	GERENTE	4
9	Nivel I,II y III	Resultado de Equilibrio Presupuestal con Recaudo	Valor de la ejecución de Ingresos totales recaudados en la vigencia (Incluye recaudo de CxC de vigencias anteriores) / Valor de la ejecución de gastos comprometidos CxP de vigencias	0.91 (FICHA TECNICA SIHO 2019)	GERENTE	≥ 1



Gestión Clínica o Asistencial 40%				anteriores			
	10	Nivel I, II y III	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente	NO CUMPLE (SEGÚN INFORME SUPERSALUD)	GERENTE / CONTROL INTERNO	Cumplimiento dentro del término previsto
	11	Nivel I, II y III	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente	CUMPLE (SEGÚN REPORTE MINSALUD)	GERENTE / CONTROL INTERNO	C
	12	Nivel I	Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación	Número de mujeres gestantes a quienes se les realizó por lo menos una valoración médica y se inscribieron al Programa de Control Prenatal	SIN SOPORTE	ASESOR CALIDAD	≥0,85

			de la ESE, a más tardar en la semana 12 de gestación / Total de mujeres gestantes identificadas			
13	Nivel I	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	SIN SOPORTE	ASESOR CALIDAD	0
14	Nivel I	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía de atención de enfermedad Hipertensiva	Número de Historias Clínicas con aplicación estricta de 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 evaluación	SIN SOPORTE	ASESOR CALIDAD	≥0.90



15	Nivel I	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 en la ESE en la Vigencia	SIN SOPORTE	ASESOR CALIDAD	≥ 0.80
16	Nivel I	Proporción de reingreso de pacientes de servicio urgencias en menos de 72 horas	Número de pacientes que reingresan al servicio de urgencias en la misma institución antes de 72 horas con el mismo diagnóstico de	0 (FICHA TECNICA SIHO 2019)	ASESOR CALIDAD	≤ 0.03



				egreso en la vigencia objeto de evaluación / Número total de egresos vivos atendidos en el servicio de urgencias en la vigencia objeto de evaluación			
	17	Nivel I	Oportunidad promedio en la atención de consulta médica general	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 se asigna la cita / Número total de consultas médicas generales asignadas en la institución	1.589 (FICHA TECNICA SIHO 2019)	ASESOR CALIDAD	≤3

COMPROMISOS A ALCANZAR POR ÁREA DE GESTIÓN

AREA DE GESTION	INDICADOR	COMPROMISOS	ACCIONES PROYECTADAS
		2021	
DIRECCIÓN Y GERENCIA (20%)	Mejoramiento continuo de la calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	Realizar Autoevaluación de Estándares de Acreditación en cada vigencia, para determinar el grado de avance en la institución.	Capacitación del personal asistencial y administrativo en lo referente al Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud- S.O.G.C.S
			Capacitación al personal, en lo referente a la metodología que se debe implementar para efectuar la autoevaluación de los estándares de Acreditación.
			Conformación de los equipos por áreas para la realización de la autoevaluación de Estándares de Acreditación en cumplimiento de la Resolución 5095 de 2018.
			Autoevaluación anual de Estándares de acreditación en salud en cumplimiento a la Resolución 5095 de 2018
			Implementación de Planes de Mejoramiento, como resultado del proceso de autoevaluación de los estándares de Acreditación.



DIRECCIÓN Y GERENCIA (20%)			Fortalecimiento de la infraestructura hospitalaria y conformación de la red, con el fin de brindar oportunidad y accesibilidad en la prestación de los servicios de salud al paciente y su familia.
			Mejoramiento del equipamiento biomédico, con el fin de brindar seguridad en la prestación de los servicios de salud a los usuarios.
	Efectividad en la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud	Desarrollar el Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad- PAMEC 2021, con ruta crítica anual	Elaboración del Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad PAMEC 2020-2024 a desarrollar en la ESE Hospital del Perpetuo Socorro.
			Adopción del Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad- PAMEC mediante acto administrativo.
			Desarrollo de la ruta crítica definida en el Programa de Auditoria, para sostener el ciclo de mejora continua.
			Implementación del cronograma de auditorías internas.
			Seguimiento a los Comités Institucionales establecidos por Resolución.
			Seguimiento a los indicadores de calidad establecidos en el Sistema de



			Información en cumplimiento de la Resolución 256 de 2016.
	Gestión de ejecución del plan de desarrollo institucional	Fortalecer la Planeación Estratégica en la E.S.E Hospital del Perpetuo Socorro	Seguimiento al cumplimiento de las actividades de los planes de acción por áreas y/o dependencias.
			Seguimiento al cumplimiento de las metas de los planes operativos anuales con relación a las programadas.
			Evaluación del cumplimiento del plan de gestión, con relación a la meta estándar definida.
FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA (40%)	Riesgo Fiscal y Financiero	Fortalecer el proceso de gestión financiera, tendiente a mantener y sostener la rentabilidad económica y social de la ESE Hospital del Perpetuo Socorro	Seguimiento y evaluación periódica a la Gestión Presupuestal.
			Seguimiento y evaluación permanente a la facturación de los servicios prestados por la ESE.
			Auditoría de cuentas implementado el mejoramiento continuo de los procesos inherentes a la gestión administrativa y financiera.
			Seguimiento y evaluación a la gestión de cartera.
	Evolución del gasto por unidad de valor relativo producida	Fortalecer la eficiencia en el manejo del Gasto	Seguimiento a la producción de los servicios en comparación con los gastos de cada periodo.



	frente a la producción	Seguimiento mensual a las UVR (Unidades de Valor Relativos) producidas por cada una de las áreas asistenciales.
		Seguimiento a las metas de productividad establecidas en cada una de las áreas.
		Implementación de nuevos servicios domiciliarios por COVID-19 complementarios al portafolio actual.
Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos: a) compras conjuntas b) compras a través de cooperativas de ESE, c) compras a través de mecanismos electrónicos / valor total de adquisiciones de la	Fortalecer las compras electrónicas o cualquier otro mecanismo que beneficie a la entidad con economías de escala, calidad, oportunidad y eficiencia, respetando los principios de la actuación administrativa y la contratación pública.	Implementación de estrategias de negociación y de convenios que permitan la adquisición de medicamentos e insumos mediante diferentes mecanismos.
		Revisión, ajuste y actualización de los procedimientos de compras en la ESE.
		Seguimiento permanente al plan anual de adquisiciones.
		Operativización del comité de compras de la ESE.



FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA (40%)	ESE por medicamentos y material médico – quirúrgico.		
	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios de personal de planta y por concepto de contratación de servicios y variación del monto frente a la vigencia anterior.	Gestionar el pago oportuno de los salarios del personal de planta y la remuneración de los contratistas de servicios.	Seguimiento permanente al proceso de facturación. Disminución del porcentaje de glosas y devoluciones ante las diferentes EAPB. Seguimiento periódico a la realización de las conciliaciones con las diferentes EAPB. Cumplimiento en el pago oportuno al personal de planta y contrato.
	Utilización de información de Registro Individual de Prestaciones - RIPS	Informar a la Junta Directiva de la ESE sobre el análisis de los Registros Individuales de Prestación de Servicios RIPS.	Elaboración de informes trimestrales del análisis de los Registros Individuales de Prestación de Servicios RIPS. Presentación de informes trimestrales del análisis de los Registros Individuales de Prestación de Servicios RIPS a la junta Directiva.



Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo	Realizar seguimiento permanente por parte del Área Financiera a la ejecución de Ingresos y Gastos	Racionalización del gasto de acuerdo a los Ingresos. Asistencia a las mesas de conciliación de cartera con las EABP.
Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional o la norma que la sustituya.	Realizar seguimiento al reporte de la información a la Superintendencia Nacional de Salud, dando cumplimiento a las fechas establecidas.	Elaboración y socialización del cronograma de informes institucionales a presentar a los diferente Entes, donde se establezcan las fechas de vencimiento y los responsables. Validación y cargue oportuno de la información correspondiente a la Circular Única.



FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA (40%)	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 compilado en la Sección 2, Capítulo 8, Título 3 Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016-Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, o la norma que la sustituya	Presentar oportunamente la información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 compilado en la sección 2, capítulo 8, título 3, parte 5 del libro 2 del Decreto 780 de 2016 - Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social o la norma que la sustituya	Seguimiento y revisión de la información objeto de cargue en la plataforma SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social, en cumplimiento al Decreto 2193 de 2004
	Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación.	Captar las gestantes antes de la semana 12 de gestación	Validación y cargue oportuno de la información trimestral, semestral y anual en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004. Presentación y sustentación periódica ante la SSDH de la información trimestral, semestral y anual en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004
			Identificación de líderes comunitarios por zonas, quienes serán los colaboradores encargados de captar las gestantes e informar a la ESE. Captación de las gestantes desde laboratorio clínico de la Institución. Cumplimiento de la Ruta Materno Perinatal por parte del personal de la Institución.



CLÍNICA O ASISTENCIAL (40%)			Cumplimiento en los estándares de habilitación, según Resolución 3100 de 2019
			Implementación de la Estrategia IAMII - Institución Amiga de la Mujer y la Infancia con enfoque Integral
			Socialización y evaluación de la adherencia a las guías y protocolos maternos perinatales en la ESE.
	Incidencia de SIFILIS congénita en partos atendidos en la ESE	Eliminar la incidencia de casos de SIFILIS congénita en los nacidos vivos del municipio.	Identificación y seguimiento de los casos de Sífilis por parte del laboratorio clínico de la Institución.
			Fortalecimiento del programa de detección temprana de alteraciones el embarazo.
			Capacitación al personal asistencial sobre las guías de atención en alteraciones el embarazo.
		Auditoria y Evaluación de adherencia q a las guías de práctica clínica y protocolos.	
		Adopción e implementación de las guías de práctica clínica – GPC.	
		Definición de la metodología y frecuencia de las auditorías para la evaluación de la adherencia a la guía de	
Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía de atención de	Evaluar periódicamente la adherencia de la Guía de atención de Enfermedad		



CLÍNICA O ASISTENCIAL (40%)	Enfermedad Hipertensiva.	Hipertensiva.	hipertensión arterial.
			Retroalimentación al personal asistencial de los resultados obtenidos en la evaluación de la adherencia a la guía.
			Implementación de planes de mejora para las desviaciones detectadas en la evaluación de la Guía de atención de Enfermedad Hipertensiva.
	Evaluación de aplicación de guía de manejo de crecimiento y desarrollo.	Evaluar periódicamente la adherencia en la aplicación de guía de manejo de crecimiento y desarrollo.	Definición de la metodología y frecuencia de las auditorías para la evaluación de la adherencia a la guía de manejo de crecimiento y desarrollo.
			Retroalimentación al personal asistencial de los resultados obtenidos en la evaluación de la adherencia a la guía de manejo de crecimiento y desarrollo.
			Implementación de planes de mejora para las desviaciones detectadas en la evaluación de la guía de manejo de crecimiento y desarrollo.
	Proporción de reingreso de pacientes al	Realizar seguimiento al reingreso de pacientes al servicio	Identificación de las causas de reingreso del paciente al servicio de urgencias de la ESE.

	servicio de urgencias en menos de 72 horas.	de urgencias en menos de 72 horas.	<p>Evaluación de la adherencia de las guías de práctica clínica - GPC en el servicio de urgencias de la ESE.</p> <p>Implementación de planes de mejora a las fallas detectadas en el servicio de urgencias de la ESE.</p>
	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general	Mantener la oportunidad promedio en la atención de consulta de medicina general.	<p>Seguimiento al registro demanda insatisfecha.</p> <p>Seguimiento al tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general.</p> <p>Capacitación a los usuarios de la ESE en el buen uso de los servicios de salud, Triage y horarios de atención.</p>