

**HOSPITAL JOSE RUFINO VIVAS DE DAGUA E.S.E.  
NIT. 890.305.496-9**

**PLAN DE GESTION 2012 - 2015**

**DR. JOSE ELBER MINA CASTILLO  
GERENTE**

Dagua, Valle del Cauca, Mayo de 2.012

## CONTENIDO

	Pg.
Introducción	3
Marco Legal	5
Contexto General del Hospital José Rufino Vivas	7
Plataforma Estratégica	8
Metodología del Plan de Gestión	12
Objetivos del Plan de Gestión	17
Matrices de Programación del Plan de Gestión	19

---

## INTRODUCCION

Con el fin de garantizar los principios de calidad, eficiencia, oportunidad, accesibilidad y universalidad que se establecen en el Sistema Integral de Seguridad Social en Salud, se ha estandarizado y reglamentado en el marco de la normatividad colombiana del sector salud, la planeación, la programación, la ejecución y el seguimiento de todos los procesos, programas y acciones que en cabeza de los Gerentes de la Empresas Sociales del Estado, deben llevarse a cabo en las instituciones de salud cuyo objetivo fundamental es encaminar la prestación de los servicios de salud hacia modelos que generen alto impacto social, rentabilidad y sostenibilidad financiera y que cumplan con la misión asistencial con altos índices de satisfacción en las comunidades y en los usuarios que atiende.

Para ello, se deben determinar acciones que detecten cualquier anomalía en la prestación de los servicios o que no satisfagan los objetivos y las metas de la empresa. Estas acciones se detectan aplicando indicadores que permiten además comparar el desempeño del personal de salud del Hospital José Rufino Vivas con otros modelos u otras instituciones de salud del país con características similares.

Con esta visión, la gerencia del Hospital José Rufino Vivas ESE y su equipo colaborador, presenta en consideración de la Junta Directiva, el Plan de Gestión para el periodo 2.012 – 2.015 con el fin de ser revisado, ajustado y aprobado cumpliendo así con el marco normativo que lo exige.

Una vez aprobado el Plan de Gestión, se desarrollará el Plan Estratégico, cuyo propósito es continuar con la implementación de la Política de Calidad para la Prestación de Servicios de Salud, con enfoque en la seguridad del paciente, entendiendo al usuario como el eje central del sistema; con equipos biomédicos modernos acordes a las necesidades actuales, con el desarrollo de actividades misionales y administrativas a través de personal idóneo y en un ejercicio transparente pero sobre todo basado en un trato humano que dignifique a la persona.

Uno de los fines de la política de Calidad es llegar al proceso de acreditación del Hospital, esta iniciativa propiciará al interior de la institución, la identificación de fortalezas, debilidades, amenazas y oportunidades, que le permitirán a la administración generar mejores procesos de planeación para el logro de objetivos. Por esta razón, el Plan de Gestión, orientará su accionar hacia una Política de atención con calidad humana que facilitarán la capacidad de resolver problemas que hoy afectan la prestación de servicios de salud y que ocasionan procesos con bajos índices de satisfacción de los usuarios y son motivos de algunas quejas y reclamos en el día a día.

El plan estratégico se estructura teniendo en cuenta los avances demostrados y los logros administrativos de la institución, su desarrollo y evolución, en especial el trabajo previo realizado en la anterior administración del hospital que permitió culminar con éxito en el Sistema de Gestión de la

Calidad y que condujo a obtener el Certificado del ICONTEC como Entidad que cumple con los estándares básicos de la calidad según la NTC ISO 9001 – 2008.

Para el presente plan se han establecido prioridades que giran en torno a cinco ejes estratégicos y que harán parte del Plan Estratégico Gerencial para el periodo 2.012 – 2.015:

- Atención en salud con calidad y con elementos complementarios creativos. (Fortalecimiento de los servicios de baja complejidad en especial en la zona rural del municipio).
- Acreditación en Salud (Derechos y Deberes de los pacientes, Seguridad del Paciente, humanización en la prestación del servicio, gestión del riesgo).
- Gestión del talento humano.
- Actualización tecnológica de los equipos biomédicos, plataforma informática y mejoramiento de la infraestructura, como elemento de la gestión administrativa.
- Gestión financiera y rentabilidad social.

Así pues, que el plan de gestión busca garantizar la utilización eficiente de los recursos e incrementar y diversificar la generación de ingresos dentro del marco misional, que permitan el funcionamiento, la sostenibilidad y el crecimiento institucional mediante la implementación de los diferentes procedimientos estandarizados.

Finalmente, el Plan de Gestión también desarrollará un modelo de atención de prestación de servicios de salud teniendo en cuenta lo formulado en la ley 1438 de 2.011 relacionado con la atención primaria en salud y que faciliten la articulación de actividades de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad con la atención de recuperación de la salud.

## I. MARCO LEGAL

El presente documento se delimita en las normas que sobre la materia han sido expedidas:

- Ley 1122 de 2.007
- Ley 1438 de 2.011
- Resolución 710 de 2.012

**Ley 1122 de 2.007 Artículo 2º, se define lo siguiente:**

**Artículo 2º. Evaluación por Resultados.** El Ministerio de la Protección Social, como órgano rector del sistema, establecerá dentro de los seis meses posteriores a la entrada en vigencia de la presente ley los mecanismos que permitan la evaluación a través de indicadores de gestión y resultados en salud y bienestar de todos los actores que operan en el SGSSS. El Ministerio de la Protección Social, como resultado de esta evaluación, podrá definir estímulos o exigir, entre otras, la firma de un convenio de cumplimiento, y si es del caso, solicitará a la Superintendencia Nacional de Salud suspender en forma cautelar la administración de los recursos públicos, hasta por un año de la respectiva entidad.

Respecto de las ESE, los indicadores tendrán en cuenta la rentabilidad social, las condiciones de atención y hospitalización, cobertura, aplicación de estándares internacionales sobre contratación de profesionales en las áreas de la salud para la atención de pacientes, niveles de especialización, estabilidad laboral de sus servidores y acatamiento a las normas de trabajo.

**Ley 1438 de 2.011:**

Define los contenidos, términos y procedimientos para la presentación, aprobación y evaluación del Plan de gestión por parte de los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial en los artículos 72, 73 y 74, los cuales postulan lo siguiente:

**Artículo 72º. Elección y evaluación de directores o gerentes de hospitales.** La junta directiva de la ESE del orden territorial deberá aprobar el plan de gestión para ser ejecutado por el director o gerente de la entidad, durante el período para el cual ha sido designado y respecto del cual dicho funcionario deberá ser evaluado. Dicho plan contendrá, entre otros aspectos, las metas de gestión y resultados relacionados con la viabilidad financiera, la calidad y eficiencia en la prestación de los servicios, y las metas y compromisos incluidos en convenios suscritos con la Nación o con la entidad territorial si los hubiere, y el reporte de información a la Supersalud y al Ministerio de la Protección Social. El plan de gestión deberá ajustarse a las condiciones y metodología que defina el MPS. La evaluación insatisfactoria de dichos planes será causal de retiro *del servicio* del Director o Gerente para lo cual se deberá adelantar el proceso que establezca en la presente Ley.

---

**Artículo 73. Procedimiento para la aprobación del plan de gestión de las ESES del orden territorial.**

Para la aprobación del plan de gestión se deberá seguir el siguiente procedimiento:

73.1. El director o gerente de la ESE deberá presentar a la Junta Directiva el proyecto de plan de gestión de la misma, dentro de los 30 días hábiles siguientes a su posesión en el cargo, o para los ya posesionados a los 30 días hábiles siguientes a la expedición de la reglamentación. El proyecto de plan de gestión deberá ajustarse a las condiciones y metodología que defina el Ministerio de la Protección Social.

73.2. La Junta Directiva de la respectiva ESE deberá aprobar, el plan de gestión dentro de los 15 días hábiles siguientes a la presentación del plan de gestión.

73.3. El gerente podrá presentar observaciones al plan de gestión aprobado en los 5 días hábiles siguientes a su aprobación, y se resolverá dentro de los 10 días hábiles siguientes.

73.4. En caso de que la Junta Directiva no apruebe el proyecto de plan de gestión durante el término aquí establecido, el plan de gestión inicialmente presentado por el director o gerente se entenderá aprobado

**Artículo 74o. Evaluación del plan de gestión del director o gerente de la ESE del orden territorial.**

Para la evaluación de los planes de gestión, se deberá dar cumplimiento al siguiente proceso:

74.1. El director o gerente de la ESE del orden territorial deberá presentar a la junta directiva un informe anual sobre el cumplimiento del plan de gestión, el cual deberá ser presentado a más tardar el 1º de abril de cada año con corte al 31 de diciembre del año inmediatamente anterior. Los contenidos del informe y de la metodología serán definidos por el Ministerio de Protección Social.

74.2. La junta directiva deberá evaluar el cumplimiento del plan de gestión del director o gerente, dentro de los 15 días hábiles siguientes a la presentación del informe de gestión.

74.3. Los resultados de la evaluación se harán constar en un acuerdo de la junta directiva, debidamente motivado, el cual se notificará al director o gerente quien podrá interponer recurso de reposición ante la junta directiva dentro de los 5 días hábiles siguientes a su notificación.

**Resolución 710 del 30 de marzo de 2.012**

Adopta las condiciones y metodología para la elaboración y presentación del plan de gestión por parte de los Gerentes o Directores de las ESES del orden territorial, su evaluación por parte de la Junta Directiva

Los detalles de esta resolución se enunciarán más adelante en la formulación del Plan de Gestión

## **II. CONTEXTO GENERAL DE LA ESE HOSPITAL JOSE RUFINO VIVAS**

La ESE Hospital José Rufino Vivas de Dagua, fue creada mediante acuerdo No. 009 de Agosto 26 de 1.994, como una ESE del orden municipal, dotada de personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa del primer nivel de atención y perteneciente al ente territorial.

Ubicada en el segundo Municipio en extensión del Valle del Cauca, Después del Municipio de Buenaventura, con una extensión de 892 Kilómetros; El Municipio de Dagua ocupa la vertiente pacífica de la cordillera occidental, con toda la variedad de climas que implica su situación geográfica. Desde el clima cálido y tropical de Cisneros y Loboguerrero, hasta el clima frío del kilómetro 18 y el Queremal. Con una altura promedio sobre el nivel del mar de 828 metros y una temperatura promedio de 24 grados centígrados.

Está situado en el sur occidente del Valle del Cauca, rodeado por los Municipios de Cali y Buenaventura al sur; Restrepo y la Cumbre al oriente; Calima – Darién al norte y Buenaventura al occidente; esta comunicado con todos ellos por carreteras pavimentadas en dos ejes de altísimo tráfico vehicular, comercial y turístico:

Cali – Dagua – Buenaventura

Cali – Buga – Dagua – Buenaventura.

Cali – Borrero Ayerbe – Queremal – Buenaventura (Carretera Vieja vía al mar)

En lo que concierne a la comunicación entre los corregimientos, solamente esta pavimentada la ruta Dagua – Kilómetro 26 – Borrero Ayerbe (Km. 30) – El Carmen – El Queremal.

Las vías principales, son carreteras nacionales, convirtiéndonos en un corredor vial muy importante, con un tránsito elevado y por consiguiente un alto índice de accidentalidad. El Municipio está conformado por veintisiete (27) corregimientos así, ubicados de norte a sur: Zelandia, Zabaletas, El Naranjo, Cisneros, Juntas, El Rucio, Atuncela, El Piñal, Los Cristales, Los Alpes, Providencia, San Vicente, Loboguerrero, El Limonar, Villahermosa, Santa María, El Palmar, El Danubio, La Cascada, La Elsa, El Alto Anchicayá, Jiguales, El Salado, Kilómetro 30 ó Borrero Ayerbe, El Carmen, el Queremal y San Bernardo.

Con 126 veredas a intervenir por nuestros equipos de salud. El Municipio de Dagua que cuenta con una población 70% Rural y un 30% urbana;

### **III. PLATAFORMA ESTRATEGICA**

En desarrollo del objeto que le otorgan las normas, la ESE tiene definidas las siguientes directrices que sirven como guía para la prestación de los servicios de salud de baja complejidad y la buena administración de sus recursos tanto humanos como financieros.

#### **MISION**

Mejorar la calidad de vida de nuestra comunidad Prestando Servicios de Salud de baja complejidad con calidez, vocación y excelencia, logrando cumplir con las expectativas de nuestros pacientes. Asumimos el liderazgo en la ejecución de proyectos sociales propios y de otras instituciones del área de influencia con la participación de un equipo humano competente, orientado al paciente y un manejo eficiente de los recursos que garanticen nuestra permanencia, expansión y desarrollo.

#### **VISION**

En el año 2.016 seremos la empresa líder del Municipio de Dagua, en la Prestación de Servicios de Salud de baja complejidad, trabajando por fortalecer la cultura del mejoramiento continuo y el enfoque de seguridad del paciente. Generaremos progreso para el Municipio, mediante la participación en proyectos sociales que nos permita contribuir al mejoramiento de las condiciones de vida de nuestra comunidad Dagueña y a su satisfacción, dentro del marco legal y los valores propios de nuestra institución.

#### **POLITICA DE LA CALIDAD**

En la ESE Hospital José Rufino Vivas del Municipio de Dagua, estamos comprometidos a prestar Servicios de Salud con Calidez, Vocación y Excelencia. Brindamos atención oportuna y accesible con un enfoque de seguridad al paciente, con la participación de un equipo de trabajo competente y tecnología apropiada que nos permite cumplir con las expectativas y la satisfacción del cliente articulado con el mejoramiento continuo de los procesos de calidad.

#### **OBJETIVOS DE LA CALIDAD**

- Ampliar la cobertura de servicios de salud a la población facilitando el acceso de la población más dispersa del municipio.
- Mejorar el grado de oportunidad en la prestación de los servicios a los usuarios.
- Proporcionar mayor competitividad de los servidores públicos de la Institución.
- Brindar atención con calidez y objetividad en todos los procesos del Hospital
- Mejoramiento continuo de la calidad.
- Garantizar la prestación de los servicios bajo el enfoque de seguridad del paciente

## VALORES

**Trabajo en Equipo:** Es la clave del éxito, la sinergia está presente en cada uno de nuestros procesos.

**Calidad:** Se encuentra presente en cada momento de verdad, en el día a día, y se refleja en beneficio de nuestros proveedores, empleados, usuarios y sus familias, así como el entorno y las comunidades más vulnerables.

**Respeto:** Siempre tendremos en cuenta la situación de los demás, entendiendo, comprendiendo y aceptando las diferencias de cada persona o Institución del Municipio, sin discriminación de personas por sus condiciones socio económicas, políticas, religiosas y culturales

**Compromiso:** Motivaremos cada día, tanto a pacientes, como empleados de nuestro Hospital a sentirse parte de él, comprometidos con su bienestar, para ser un todo y lograr proyectarnos al futuro en pos de nuestras metas, sueños e ideales, entregando lo mejor de nosotros con actitud prudente y desinteresada

**Servicio:** Brindamos una atención con calidez y calidad, con vocación de servicio, entregando seguridad en cada momento de verdad e innovando los procesos con la mas alta tecnología.

**Lealtad:** Fieles a unos principios éticos y morales, que guían el diario que hacer, garantizando una atención cálida e idónea, con equidad y solidaridad, con vocación y excelencia.

**Honestidad:** Presente siempre en todo momento de nuestras vidas, lo que nos permite una gestión eficiente y transparente.

**Responsabilidad:** En cada uno de nuestros procesos se encuentra llevando seguridad a nuestros usuarios en todos los servicios que demande.

## MODELO DE ATENCION EN SALUD

Nuestro modelo de atención se atempera a la última reforma en materia de salud, la ley 1438 de 2.011, donde El Sistema General de Seguridad Social en Salud estará orientado a generar condiciones que protejan la salud de los colombianos, siendo el bienestar del usuario el eje central y núcleo articulador de las políticas en salud.

Para esto concurrirán acciones de salud pública, promoción de la salud, prevención de la enfermedad, tratamiento y demás prestaciones que, en el marco de una estrategia de Atención Primaria en Salud, sean necesarias para promover de manera constante la salud de la población.

En este mismo sentido se tiene en cuenta el modelo de gerencia de la enfermedad abordando la atención y prestación de servicios de salud en términos de procesos de Economía de la Salud como una disciplina científica que aborda temas tan amplios como el financiamiento, producción, distribución y consumo de bienes y servicios que satisfacen necesidades del campo de la salud bajo los principios de la Eficiencia y la Equidad. Esta disciplina estudia la Oferta y la Demanda de los Servicios de Salud así como las condiciones económicas de la política de inversión sanitaria en los diferentes modelos de provisión de salud.

En la actualidad nuestro modelo de gestión en salud constituye una opción de gran utilidad para generar nuevos enfoques en el estudio y resolución de los problemas relacionados con las necesidades de salud y los servicios que necesitan los Dagueños.

### **PORTAFOLIO DE SERVICIOS**

La Empresa Social del Estado – Hospital José Rufino Vivas, con el NIT 890.305.496-9, se encuentra inscrita en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud del Departamento del Valle, con el Código N° 7623303228-01, en la modalidad de Institución Prestadora de Servicios de Salud y actualmente se encuentra certificada en la NTC ISO 9001 – 2008.

Contamos con los siguientes servicios de salud de baja complejidad habilitados, en la modalidad ambulatoria y hospitalaria:

- Hospitalización general adultos.
- Hospitalización general pediátrica.
- Hospitalización Obstétrica
- Consulta externa de enfermería.
- Consulta externa de medicina general.
- Consulta externa de odontología General.
- Promoción y Prevención
- Vacunación.
- Atención Preventiva en Salud Oral – Higiene Oral.
- Consulta extramural
- Servicio de Urgencias.
- Transporte Asistencial Básico.
- Apoyo Diagnóstico y Terapéutico; Laboratorio Clínico, Servicio Farmacéutico, Toma de Muestra Citologías Cervico-uterinas, Esterilización, Toma e Interpretación de Radiografías Odontológicas.
- Imágenes Diagnósticas: Rayos X

### **Horarios de Atención:**

Servicios de Urgencias: 24 horas

Laboratorio Clínico: 7 am – 23.00 pm

Salud Oral: 7 am – 12 m 13.30 – 17.30

Personal Médico: 12 Médicos Generales  
4 Médicos SSO

Personal de Salud Oral: 4 Odontólogos

Personal de Laboratorio Clínico : 3 Bacteriólogos

Personal de Enfermería: 34 Auxiliares

No. de camas habilitadas: 11 distribuidas así:

Adultos:	4
Pediátricas:	4
Maternas:	2
Infecto	1

## IV METODOLOGIA DEL PLAN DE GESTION

Desde la metodología del Plan de Gestión que hoy se presenta es fundamental contar con herramientas para la toma de decisiones y contribuir a articular las prioridades epidemiológicas con la realidad del aseguramiento en lo misional a nuestro cargo; a fin de seleccionar la mejor opción para la asignación de los recursos disponibles desde el marco legal artículo 3º de la resolución 710 de marzo 31 de 2.012

Según la citada resolución, se deben tener en cuenta las siguientes fases:

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

### 1. Fase de preparación:

Corresponde a la identificación de fuentes de información para establecer la línea de base y formular el Plan de Gestión.

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. Información con corte al 31 de diciembre el año inmediatamente anterior

### 2. Fase de Formulación

Diagnóstico inicial de la Empresa Social del Estado para cada uno de los indicadores incluidos en la matriz correspondiente. Este diagnóstico debe reflejar con evidencias suficientes, las condiciones en las cuales se encuentra cada indicador, tanto cuantitativa como cualitativamente de tal manera que permita conocer desde dónde se está partiendo y cuáles son los retos implicados para cambiar la situación de la empresa mediante las actividades que se plantean más adelante.

Una manera de obtener dicho producto se logra mediante el diligenciamiento de un cuadro que contenga las siguientes variables:

- |                      |                              |
|----------------------|------------------------------|
| 1. Área de gestión   | (Columna a del Anexo N°. 2)  |
| 2. No. del indicador | (Columna b del Anexo N°. 2)  |
| 3. Indicador         | (Columna d del Anexo N°. 2). |

En el caso de los indicadores del área de gestión clínica o asistencial, se seleccionarán los indicadores que correspondan de acuerdo con el nivel de atención.

4. Línea de Base (Resultado de la aplicación de la fórmula del indicador (Columna e del Anexo No 2)) sobre la situación a 31 de diciembre de la vigencia anterior a la fecha de la presentación del plan de gestión

5. Observaciones. Registrar las observaciones a que haya lugar.

A partir de la información contenida en el Diagnóstico inicial, se diseña un escenario en el cual, con la resolución 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 describirán los logros a alcanzar por área de Gestión, de tal manera que se refleje en esta descripción cualitativa, los cambios que se evidenciarán al final del período del Director o Gerente

Además, deberán identificarse las actividades o acciones que se ejecutarán para alcanzar los logros planteados

Para ello se propone la elaboración de un cuadro que contenga las siguientes variables:

1. Área de gestión (Columna a del Anexo N°. 2)
2. Logros o compromisos planteados para el período de gerencia
3. Actividades generales a desarrollar

A partir de los indicadores y su respectivo estándar, que se convierte en meta del Plan de Gestión, se procede a determinar las metas anuales, por parte del Director o Gerente. Debe tenerse en cuenta que para la primera vigencia fiscal del Plan de Gestión, no se contará con un año completo, por lo cual en la etapa de formulación y aprobación del mismo, el Gerente y Junta Directiva tendrán la precaución de estipular las metas de la primera vigencia con base en el tiempo efectivo para la ejecución de las actividades incluidos en dichas metas.

Para operacionalizar esta actividad se propone la elaboración de un cuadro que contenga las siguientes variables:

1. Área de gestión (Columna a del Anexo N°. 2).
2. No. del indicador (Columna b del Anexo N°. 2).
3. Indicador (Columna d del Anexo N°. 2).

En el caso de los indicadores del área de gestión clínica o asistencial, se seleccionarán los indicadores que correspondan de acuerdo con el nivel de atención.

4. Meta para los años 1, 2, 3 y 4 del período del Director o Gerente.

La fase de formulación finaliza al ser presentado el proyecto de plan de Gestión para estudio, análisis y aprobación por la Junta Directiva de la Empresa Social del Estado.

### **3. Fase de aprobación**

En esta fase, el Director o Gerente de la Empresa Social del Estado, presenta el proyecto de Plan de Gestión a la Junta Directiva de la entidad, dentro de los términos legales. La Junta lo aprueba, y el Gerente puede presentar observaciones al plan de gestión aprobado, los cuales deberán ser resueltos por la Junta Directiva. Dicho trámite conforme a los términos establecidos en el artículo 73 de la Ley 1438 de 2.011.

En caso de que la Junta Directiva no apruebe el proyecto de plan de gestión durante el término establecido en la Ley 1438 de 2.011, el plan de gestión inicialmente presentado por el Director o Gerente se entenderá aprobado.

La fase de aprobación estará terminada cuando se haya aprobado el Plan de Gestión mediante Acuerdo de la Junta Directiva, dejando constancia en la respectiva acta de la sesión en la cual fue aprobado dicho plan.

### **4. Fase de Ejecución**

Aprobado el plan de gestión, este debe ser ejecutado por el Director o Gerente, lo cual comprende:

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

### **5. Fase de Evaluación**

La evaluación del Plan es un proceso soportado en información válida y confiable, de periodicidad anual. Para ello el Gerente deberá presentar a la Junta Directiva el Informe anual sobre el cumplimiento del plan de gestión de la vigencia anterior con corte a 31 de diciembre, a más tardar el 1º de abril de cada año. El informe anual de gestión del gerente o director de la ESE deberá contener los logros de los indicadores de gestión y de resultados de la empresa y un análisis comparativo con los indicadores de cumplimiento de las metas de gestión y de resultados, incluidos en el plan de gestión aprobado por la junta directiva, junto con un informe motivado de las causas de las

desviaciones en los indicadores establecidos en el plan, cuando haya lugar, y de los efectos de estas en la gestión de la entidad.

La calificación se realizará mediante el diligenciamiento del Anexo N° 4 que contiene las siguientes variables:

1. Área de gestión (Columna a del Anexo N°. 2)
2. No. del indicador (Columna b del Anexo N°. 2)
3. Indicador (Columna d del Anexo N°. 2).

En el caso de los indicadores del área de gestión clínica o asistencial, se seleccionarán los indicadores que correspondan de acuerdo con el nivel de atención.

4. Línea de Base (Resultado de la aplicación de la fórmula del indicador (Columna e del Anexo N°. 2)) sobre la situación a 31 de diciembre de la vigencia anterior a la fecha de la presentación del plan de gestión

5. Resultado del período evaluado (Columna j Anexo 4) donde se debe registrar el resultado del indicador específico, utilizando la fórmula contenida en la columna e Anexo N°2. Cada resultado se deberá soportar, como mínimo, con las fuentes de información definidas en la columna g Anexo N° 2

6. Calificación. Se deberá calificar el resultado aplicando el instructivo para la calificación definido en el Anexo N° 3 de la presente resolución –Columna h– registrando el valor de la calificación en números enteros (0, 1, 3 o 5).

7. Ponderación. Corresponde al factor establecido en la columna l del Anexo N°. 4 de la presente resolución, el cual no puede ser modificado.

8. Resultado de la ponderación. Corresponde al resultado de la multiplicación de la calificación obtenida en el numeral 6 descrito anteriormente, columna k, por el factor de ponderación definido en el numeral 7 anterior, columna l.

9. Sumatoria de la calificación. Corresponde a la sumatoria de los resultados de la ponderación de cada uno de los indicadores aplicables a la entidad, obtenidos en el numeral anterior en la columna l.

Los miembros de la Junta Directiva harán constar en un acuerdo de la Junta Directiva 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 N° 5 de la presente resolución.

## **INDICADORES Y ESTANDARES POR AREAS DE GESTION**

### **1. Dirección y Gerencia (20%)**

#### **1.1 Cumplimiento a estándares del Sistema Único de Acreditación.**

- 1.2 Efectividad en la Auditoria para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atención en Salud
- 1.3 Gestión de Ejecución del Plan de Desarrollo Institucional.

## **2. Financiera y Administrativa 40%**

- 2.4. Riesgo fiscal y financiero
- 2.5. Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida
- 2.6. Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquiridos mediante mecanismos de compras conjuntas, a través de cooperativas de ESE y/o de mecanismos electrónicos.
- 2.7. 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.
- 2.8. Utilización de información de Registro Individual de Prestaciones RIPS.
- 2.9. Resultado de equilibrio presupuestal con recaudo
- 2.10. Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la circular única expedida por la Supersalud o la norma que la sustituya.
- 2.11. Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya.

## **3. Gestión Clínica o Asistencial 40%**

- 3.21 Proporción de Gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación
- 3.22 Incidencia de Sífilis congénita en partos atendidos en la ESE
- 3.23 Evaluación de aplicación de guía de manejo específica.  
Guía de manejo de Enfermedad Hipertensiva.
- 3.24 Evaluación de Aplicación de Guía de Manejo de Crecimiento y Desarrollo.
- 3.25 Reingresos por el servicio de Urgencias
- 3.26 Oportunidad promedio en la atención de consulta médica general.

---

## **V. OBJETIVOS ESTRATEGICOS**

En este sentido y siendo coherente con los criterios de evaluación, se detallan los objetivos estratégicos que demarcan la ruta a seguir para lograr una utilización eficiente de los recursos financieros, técnicos y humanos con que contamos para alcanzar la rentabilidad social y financiera que permita atender los problemas priorizados por la comunidad y la institución a través del tiempo

### **GERENCIA**

Fortalecer la Gestión Administrativa basada en los procesos, promoviendo una cultura de planeación, ejecución, seguimiento y aseguramiento de la Gestión, en todos los niveles de la institución.

### **FORTALECIMIENTO FINANCIERO**

Obtener niveles que le aseguren su permanencia, crecimiento, generación de utilidades y competitividad, velando por su productividad en términos de eficiencia y eficacia en la aplicación de sus recursos.

### **GESTIÓN ÁREA CIENTÍFICA**

Prestar servicios de salud oportunos, seguros, humanizados, enmarcados en unos estándares óptimos de calidad técnico científicos, fundamentados en la mejor evidencia disponible.

### **GESTIÓN HUMANA**

Fortalecer los procesos de planeación, selección, mantenimiento, desarrollo y evaluación de los funcionarios del Hospital José Rufino Vivas; con el fin de tener un personal capacitado, motivado y comprometido con el logro de los objetivos institucionales y personales

### **GESTIÓN INTEGRAL POR CALIDAD**

Afianzar el sistema de gestión por calidad como requisito de competitividad y diferenciación, para ello contaremos con la participación de todas las áreas de la Organización en un programa de mejoramiento continuo con base en auditorías de calidad y con indicadores en cada área funcional.

### DESARROLLO TECNOLÓGICO

Fortalecer el desarrollo tecnológico de manera integral en la organización para lograr una institución más eficiente y un mejor servicio al cliente.

### ESTRUCTURA ORGANIZATIVA

Consolidar una estructura organizacional ágil, flexible, oportuna en las decisiones, altamente profesional orientada hacia el servicio al cliente, la rentabilidad, la productividad y con una alta capacidad de gestión y control de resultados.

### SISTEMAS DE INFORMACIÓN

Implementar un sistema de información Institucional que asegure una toma de decisiones oportunas y confiables

De esta manera y con el seguimiento a las metas establecidas en las herramientas sugeridas y diseñadas en este plan de Gestión (**Resolución 710 de marzo de 2.012**) para las cuatro primeras fases Preparación, Formulación, Aprobación y Ejecución, las cuales son parte integral del presente documento, conseguiremos consolidar **el HOSPITAL JOSE RUFINO VIVAS ESE** como la Empresa líder del Municipio de Dagua en la prestación de servicios de salud de primer nivel, contribuyendo así al mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad Dagueña

## VI. MATRICES DE PROGRAMACION DEL PLAN DE GESTION

<b>HOSPITAL JOSE RUFINO VIVAS E.S.E.</b>				
<b>NIT. 890 305 496 - 9</b>				
<b>DIAGNOSTICO INICIAL O LINEA DE BASE CON CORTE AL 31 12 2.011</b>				
<b>Area de gestion</b>	<b>No. del indicador</b>	<b>Indicador</b>	<b>linea de base</b>	<b>observaciones</b>
<b>Direccion y Gerencia 20%</b>	1	Promedio de la calificacion de la autoevaluacion cuantitativa y cualitativa en desarrollo del ciclo de preparacion para la acreditacion o del ciclo de mejoramiento de la ESE, en los terminos del art 2 de la resoluci3n 2181 de 2008 o de la norma que la sustituya	0	Se debe clarificar el concepto de Certificaci3n y Acreditaci3n
	2	Efectividad en la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de la atencion en salud	0	
	3	Gestion de ejecucion del plan de desarrollo institucional	3	
<b>Financiera y Administrativa 40%</b>	4	Riesgo fiscal y financiero	5	
	5	Evolucion del gasto por unidad de valor relativo producida		No hay informaci3n
	6	Proporcion de medicamentos y material medico quirurgico adquiridos mediante mecanismos de compras conjuntas, a traves de cooperativas de las ESEs y/o de mecanismos electronicos	3	Sr hace la claridad que en el momento actual hay deficiencias en el suministro oportuno de medicamentos e insumos de parte de COHOSVAL
	7	Monto de la deuda superior a 30 dias por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contartacion de servicios y variacion del monto frente a la vigencia anterior	5	El pago al personal de nómina y contrataci3n se encuentra al día
	8	Utilizacion de la informacion de Registro Individual de restaciones RIPS	3	
	9	Resultado equilibrio presupuestal con recaudo	5	
	10	Oportunidad en la entrega del reporte de informacion en cumplimiento de la circular unica expedida por la superintendencia nacional de salud o de la norma que la sustituya	0	Falta reporte de laboratorio ante el INVIMA
	11	Oportunidad en el reporte de informacion en cumplimiento del decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya	3	
<b>Gestion clínica o asistencial 40%</b>	21	Proporcion de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestacion	3	No hay informaci3n previa
	22	Incidencia de sifilis congenita en partos atendidos en la ESE	0	Existe una poblaci3n de alto riesgo: Turistas y camioneros que son de difcil control. Las competencias en Salud Pública corresponden a los entes territoriales, EPS, IPS de la regi3n. El compromiso es disminuir significativamente la tasa. Tasa 2011 para Dagua = 3,5 x 1000. La tasa de incidencia en Colombia en el a3o 2006 fue de 2,56
	23	Evaluacion de aplicaci3n de guia de manejo especifica: Guia de atencion de enfermedad hipertensiva	0	Existe la guia de manejo para HTA pero no se ha evaluado el grado de cumplimiento
	24	Evaluacion de aplicaci3n de guia de manejo de crecimiento y desarrollo	0	Existe la guia de manejo para el programa C y D pero no se ha evaluado el grado de cumplimiento
	25	Reingresos por el servicio de urgencias	0	No se ha evaluado este indicador
	26	Oportunidad promedio en la atencion de consulta de medicina general	5	Oportunidad en la atenci3n por medicina general, actualmente es de 1 dia

<b>HOSPITAL JOSE RUFINO VIVAS E.S.E.</b>				
<b>NIT. 890 305 496 - 9</b>				
<b>ESCENARIO</b>				
<b>Area de gestion</b>	<b>No. del indicador</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>LOGROS O COMPROMISOS 2012 - 2015</b>	<b>ACTIVIDADES</b>
<b>Direccion y Gerencia 20%</b>	1	Promedio de la calificación de la autoevaluación cuantitativa y cualitativa en desarrollo del ciclo de preparacion para la acreditacion o del ciclo de mejoramiento de la ESE, en los terminos del articulo 2 de la resolucion 2181 de 2008 o de la <u>norma que la sustituya</u>	Garantizar a nuestros pacientes usuarios que al acudir a recibir un servicio al Hospital Jose Rufino Vivas de Dagua, recibira una atencion excelente, exponiendose al minimo riesgo posible, que pueda afectar de manera negativa la salud	Se mantendran actualizados todas las guias y protocolos para garantizar la pertinencia en la atencion. Se Fortaleceran las herramientas que permitan disminuir el riesgo. Se realizara seguimiento constante a cualquier evento adverso que ocurra.
	2	Efectividad en la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de la atencion en salud.	Dagua utilizara todos las herramientas y metodos estadisticos que garanticen la utilizacion eficiente de todos los recursos tanto Humano, como Fisicos	Fortalecer la cultura de la atoevaluacion, la cultura del reporte del producto no conforme. Lograr que todos los funcionarios se concienticen que nuestra razon de ser son los usuarios.
	3	Gestion de ejecucion del plan de desarrollo institucional	Al finalizar el periodo el 100% de las metas propuestas para fortalecer la prestacion del servicio y mantener viable economicamente la institucion se llevaran a cabo.	Hacer seguimiento constante a todas las actividades asistenciales para que se mejore continuamente la prestacion del servicio. Fortalecer la oficina de atencion al usuario para tener contacto permanente y conocer todas las expectativas frente al servicio y asi poder tomar acciones de mejora

Financiera y Administrativa 40%	4	Riesgo fiscal y financiero	Mantener una calificación excelente por parte del Ministerio de Protección social	Realizar periódicamente análisis financiero proyectado con el área administrativa para tomar decisiones oportunas que garanticen al menos un equilibrio
	5	Evolución del gasto por unidad de valor relativo producida		
	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	Aumentar la proporción de adquisición de medicamentos y médicos quirúrgicos en compras conjuntas que sean confiables en calidad y precio, siempre y cuando no afecten la prestación del servicio.	Realizar seguimiento y control al suministro de medicamentos mediante mecanismo de compras conjuntas para garantizar que el paciente no padezca la escasez de los mismos. Mantener un plan B que asegure el suministro de los medicamentos. Realizar cuadros comparativos que permitan visualizar y controlar las variables de precio,
	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	Se garantiza a todos los funcionarios de planta y por contrato que los salarios se cancelarán al día para suplir el mínimo vital.	Fortalecer el área de facturación y cartera. Planificar los gastos con racionalidad. Planificar presupuestos reales que se ajusten al contexto.
	8	Utilización de la información de Registro Individual de Prestaciones RIPS	Mantener y actualizar periódicamente los RIPS para que sean utilizados con un mayor grado de confianza en los informes	Reiterar la necesidad de la utilización de esta herramienta legal para la presentación de informes. Realizar controles para que todos los jefes de áreas utilicen la herramienta legal
	9	Resultado equilibrio presupuestal con recaudo	En todas las vigencias los ingresos estarán por encima de los gastos	Realizar mesas de trabajo permanente para controlar tanto los ingresos como los gastos. El área contable realizará reportes mensuales del comportamiento de
	10	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la circular única expedida por la superintendencia nacional de salud o de la norma que la sustituya	Se garantiza la entrega oportuna de los reportes que requieran las entidades de control	La oficina de control interno realizará el seguimiento para la entrega oportuna de los informes. Todas las áreas que tengan la obligación de rendir información tendrán la evidencia de dicha rendición en forma organizada
	11	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya	Se garantiza la entrega oportuna del informe en cumplimiento del decreto 2193 de 2004	La oficina de control interno realizará el seguimiento para la entrega oportuna del informe. Todas las áreas que tengan la obligación de rendir este informe deben hacerlo en coordinación con el responsable designado por el Gerente de la

Gestión clínica o asistencial 40%	21	Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación	El 98% de las gestantes de nuestro municipio se captaran antes de la semana 12 para llevarles su control del embarazo	Se realizarán monitoreos permanentes en todo el municipio con el fin de captar gestantes. Se organizarán redes de apoyo para llevar un mejor control en este aspecto. Se definirán responsables por áreas para captar estas usuarias
	22	Incidencia de sífilis congénita en partos atendidos en la ESE	No habrá ningún caso de sífilis congénita en nuestra institución	El responsable del programa de pyp llevará un control estricto para que esta situación no se presente. Se aplicarán todos los protocolos y guías de manejo de manera estricta para estos casos
	23	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía de atención de enfermedad hipertensiva	Al 100% de los pacientes con enfermedad hipertensiva se le aplicarán las guías de manejo específica	Se harán capacitaciones periódicas en el manejo de guías de manejo específico de enfermedad hipertensiva. Se harán auditorías permanentes para verificar la aplicación de la guía. Se realizarán ajustes de acuerdo al contexto para asegurarse del buen manejo del paciente
	24	Evaluación de aplicación de guía de manejo de crecimiento y desarrollo	Al 100% de los niños menores de 10 años se le aplicarán las guías de manejo específico de crecimiento y desarrollo	Se harán capacitaciones periódicas en el manejo de guías de manejo específico de crecimiento y desarrollo. Se harán auditorías permanentes para verificar la aplicación de la guía. Se realizarán ajustes de acuerdo al contexto para asegurarse del buen manejo del paciente
	25	Reingresos por el servicio de urgencias	Reducir en un 10% la consulta de usuarios por urgencias por la misma causa	Realizar auditorías constantes a las historias clínicas de consulta por urgencias para determinar reingreso por la misma causa. Realizar trabajos conjuntos en mesas de análisis con los profesionales de la medicina para aplicar métodos de conocimiento
	26	Oportunidad promedio en la atención de consulta de medicina general	Lograr que el 100% de todos los usuarios que requieran consulta de medicina general se les asigne antes de tres días	Se dispondrá de agenda suficiente por parte del coordinador asistencial para garantizar que las consultas por medicina general sean suficientes. Mantener un número importante de médicos para que la consulta externa no se altere

<b>HOSPITAL JOSE RUFINO VIVAS DE DAGUA ESE</b>						
<b>NIT . 890 305 496 - 9</b>						
<b>METAS A CUMPLIR</b>						
<b>METAS A CUMPLIR</b>						
<b>Area de gestion</b>	<b>No. del indicador</b>	<b>Indicador</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
<b>Direccion y Gerencia 20%</b>	1	Promedio de la calificacion de la autoevaluacion cuantitativa y cualitativa en desarrollo del ciclo de preparacion para la acreditacion o del ciclo de mejoramiento de la ESE, en los terminos del art 2 de la resolucion 2181 de 2008 o de la norma que la sustituya	Realizar el proceso de Auto evaluaci3n de los servicios de salud del HURV relacionada con los est3ndares de acreditaci3n	Alcanzar por lo menos un 30% en el avance del proceso de acreditaci3n en salud	Alcanzar por lo menos un 60% en el avance del proceso de acreditaci3n en salud	Alcanzar el 100% en el avance del proceso de acreditaci3n en salud
	2	Efectividad en la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de la atencion en salud.	En la ESE Hospital Jose Rufino Vivas se auditar3n por lo menos el 60% de los procesos que se definan como prioritarios, seg3n el PAMEC, comparada con el No. total de procesos que tiene la instituci3n y sometidos a acciones de mejora	En la ESE Hospital Jose Rufino Vivas se auditar3n por lo menos el 80% de los procesos que se definan como prioritarios, seg3n el PAMEC, comparada con el No. total de procesos que tiene la instituci3n y sometidos a acciones de mejora	En la ESE Hospital Jose Rufino Vivas se auditar3n por lo menos el 90% de los procesos que se definan como prioritarios, seg3n el PAMEC, comparada con el No. total de procesos que tiene la instituci3n y sometidos a acciones de mejora	En la ESE Hospital Jose Rufino Vivas se auditar3n por lo menos el 100% de los procesos que se definan como prioritarios, seg3n el PAMEC, comparada con el No. total de procesos que tiene la instituci3n y sometidos a acciones de mejora
	3	Gestion de ejecucion del plan de desarrollo institucional	Ejecutar el 100% de las metas propuestas para el a3o fiscal en el Plan de Desarrollo institucional	Ejecutar el 100% de las metas propuestas para el a3o fiscal en el Plan de Desarrollo institucional	Ejecutar el 100% de las metas propuestas para el a3o fiscal en el Plan de Desarrollo institucional	Ejecutar el 100% de las metas propuestas para el a3o fiscal en el Plan de Desarrollo institucional

<b>Financiera y Administrativa 40%</b>	4	Riesgo fiscal y financiero	Mantener una calificación excelente por parte del Ministerio de Salud y de Protección social con respecto al riesgo financiero, es decir, Sin riesgo financiero	Mantener una calificación excelente por parte del Ministerio de Salud y de Protección social con respecto al riesgo financiero, es decir, Sin riesgo financiero	Mantener una calificación excelente por parte del Ministerio de Salud y de Protección social con respecto al riesgo financiero, es decir, Sin riesgo financiero	Mantener una calificación excelente por parte del Ministerio de Salud y de Protección social con respecto al riesgo financiero, es decir, Sin riesgo financiero
	5	Evolución del gasto por unidad de valor relativo producida	ND	ND	ND	ND
	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	Aumentar en un 2,5% la proporción de adquisición de medicamentos y médicos quirúrgicos en compras conjuntas que sean confiables en calidad y precio, siempre y cuando no afecten la oportunidad en la entrega	Aumentar en un 2,5% la proporción de adquisición de medicamentos y médicos quirúrgicos en compras conjuntas que sean confiables en calidad y precio, siempre y cuando no afecten la oportunidad en la entrega	Aumentar en un 2,5% la proporción de adquisición de medicamentos y médicos quirúrgicos en compras conjuntas que sean confiables en calidad y precio, siempre y cuando no afecten la oportunidad en la entrega	Aumentar en un 2,5% la proporción de adquisición de medicamentos y médicos quirúrgicos en compras conjuntas que sean confiables en calidad y precio, siempre y cuando no afecten la oportunidad en la entrega
	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	Se garantiza al 100% de los funcionarios de planta y por contrato que los salarios se cancelarán al día para suplir el mínimo vital.	Se garantiza al 100% de los funcionarios de planta y por contrato que los salarios se cancelarán al día para suplir el mínimo vital.	Se garantiza al 100% de los funcionarios de planta y por contrato que los salarios se cancelarán al día para suplir el mínimo vital.	Se garantiza al 100% de los funcionarios de planta y por contrato que los salarios se cancelarán al día para suplir el mínimo vital.
	8	Utilización de la información de Registro Individual de Prestaciones RIPS	El 100% de los informes asistenciales se apoyarán en los Registros Individuales de Prestación de Servicios RIPS.	El 100% de los informes asistenciales se apoyarán en los Registros Individuales de Prestación de Servicios RIPS.	El 100% de los informes asistenciales se apoyarán en los Registros Individuales de Prestación de Servicios RIPS.	El 100% de los informes asistenciales se apoyarán en los Registros Individuales de Prestación de Servicios RIPS.
	9	Resultado equilibrio presupuestal con recaudo	los ingresos del Hospital Jose Rufino Vivas de Dagua estarán al mismo nivel de los gastos	los ingresos del Hospital Jose Rufino Vivas de Dagua estarán al mismo nivel de los gastos	los ingresos del Hospital Jose Rufino Vivas de Dagua estarán al mismo nivel de los gastos	los ingresos del Hospital Jose Rufino Vivas de Dagua estarán al mismo nivel de los gastos
	10	del reporte de información en cumplimiento de la circular única expedida por la superintendencia nacional de salud o de la	El 100% de los informes de la Circular Única requeridos por la Supersalud serán presentados oportunamente	El 100% de los informes de la Circular Única requeridos por la Supersalud serán presentados oportunamente	El 100% de los informes de la Circular Única requeridos por la Supersalud serán presentados oportunamente	El 100% de los informes de la Circular Única requeridos por la Supersalud serán presentados oportunamente
	11	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya	El 100% de los informes en cumplimiento del decreto 2193 de 2004 serán presentados oportunamente	El 100% de los informes en cumplimiento del decreto 2193 de 2004 serán presentados oportunamente	El 100% de los informes en cumplimiento del decreto 2193 de 2004 serán presentados oportunamente	El 100% de los informes en cumplimiento del decreto 2193 de 2004 serán presentados oportunamente

<b>Gestión clínica o asistencial 40%</b>	21	Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación	El 70% de las gestantes diagnosticadas en el HJRV se le realizara por lo menos una consulta con medico antes de la semana 12 de gestación y se inscribirán en el programa CPN	El 80% de las gestantes diagnosticadas en el HJRV se le realizara por lo menos una consulta con medico antes de la semana 12 de gestación y se inscribirán en el programa CPN	El 90% de las gestantes diagnosticadas en el HJRV se le realizara por lo menos una consulta con medico antes de la semana 12 de gestación y se inscribirán en el programa CPN	El 95% de las gestantes diagnosticadas en el HJRV se le realizara por lo menos una consulta con medico antes de la semana 12 de gestación y se inscribirán en el programa CPN
	22	Incidencia de sífilis congénita en partos atendidos en la ESE	Mantener la Incidencia de Sífilis congénita por lo menos en el 60% del promedio nacional	Mantener la Incidencia de Sífilis congénita por lo menos en el 50% del promedio nacional	Mantener la Incidencia de Sífilis congénita por lo menos en el 40% del promedio nacional	Mantener la Incidencia de Sífilis congénita por lo menos en el 20% del promedio nacional
	23	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía de atención de enfermedad hipertensiva	Al 100% de los pacientes con enfermedad hipertensiva se le aplicaran las guías de manejo específica	Al 100% de los pacientes con enfermedad hipertensiva se le aplicaran las guías de manejo específica	Al 100% de los pacientes con enfermedad hipertensiva se le aplicaran las guías de manejo específica	Al 100% de los pacientes con enfermedad hipertensiva se le aplicaran las guías de manejo específica
	24	Evaluación de aplicación de guía de manejo de crecimiento y desarrollo	Al 100% de los niños menores de 10 años se le aplicaran las guías de manejo específico de crecimiento y desarrollo	Al 100% de los niños menores de 10 años se le aplicaran las guías de manejo específico de crecimiento y desarrollo	Al 100% de los niños menores de 10 años se le aplicaran las guías de manejo específico de crecimiento y desarrollo	Al 100% de los niños menores de 10 años se le aplicaran las guías de manejo específico de crecimiento y desarrollo
	25	Reingresos por el servicio de urgencias	Reducir en un 20% la consulta de usuarios por urgencias por la misma causa	Reducir en un 30% la consulta de usuarios por urgencias por la misma causa	Reducir en un 50% la consulta de usuarios por urgencias por la misma causa	Reducir en un 70% la consulta de usuarios por urgencias por la misma causa
	26	Oportunidad promedio en la atención de consulta de medicina general	Lograr que el 100% de todos los usuarios que requieran consulta de medicina general se les asigne la cita antes de tres días	Lograr que el 100% de todos los usuarios que requieran consulta de medicina general se les asigne la cita antes de tres días	Lograr que el 100% de todos los usuarios que requieran consulta de medicina general se les asigne la cita antes de tres días	Lograr que el 100% de todos los usuarios que requieran consulta de medicina general se les asigne la cita antes de tres días

**Dr. JOSE ELBER MINA CASTILLO  
GERENTE**

