

	E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO				Código	HSP - CI - F45	
	PITALITO - HUILA				Versión	1	
	NIT: 891.180.134 - 2				Fecha Aprobación	24/01/2013	
FORMATO: PLAN DE ACCIÓN INSTITUCIONAL							
ÁREA - PROCESO	PLAN DE ACCIÓN INSTITUCIONAL 2022						
REPRESENTANTE LEGAL	DIANA VICTORIA MUÑOZ MUÑOZ - GERENTE						
PERIODO FISCAL Y TIEMPO DE EJECUCIÓN	Del 01 De Enero A 31 De Diciembre de 2022						
OBJETIVO GENERAL	Desarrollar de manera eficiente las actividades, estrategias, programas y proyectos contenidos en las Áreas de Gestión (Dirección y Gerencia, Financiera y Administrativa, Clínica o Asistencial), para lograr las metas trazadas para la vigencia 2022, aprobadas en el Plan de Gestión "Desarrollo y Transformación Hospitalaria con Gestión Humana 2020-2024".						
OBJETIVOS ESPECIFICOS	Fortalecer las estrategias y actividades encaminadas al desarrollo y continuidad de los seis (6) trazadores del Sistema Único de Acreditación - SUA.						
	Lograr el desarrollo y cumplimiento de los Objetivos Estratégicos de la Institución a través del trabajo articulado con los POAS para el cumplimiento del Plan de Acción de la Entidad.						
	Dar cumplimiento a los indicadores de Gestión para cada una de las áreas del Hospital.						
	Implementar estrategias para el cumplimiento de metas de producción de servicios teniendo en cuenta la normatividad vigente.						
	Avanzar en la autoevaluación cuantitativa anual en desarrollo del Ciclo de Preparación y mejoramiento para la Acreditación de la E.S.E.						
	Gestionar los Proyectos de Infraestructura y Dotación de Equipos Médicos del Hospital, consignados en el Plan de Gestión 2020-2024.						
	Robustecer el desarrollo de los semilleros de Talento Humano, a través de la captación y selección del talento humano por competencias y perfiles.						
Estructurar un Sistema de Información Integrado que permita el diseño e implementación de un Plan Estratégico de Tecnología de la Información y Comunicación (PETIC).							
Optimizar los procesos de cobro y recaudo de cartera, para disminuir en forma gradual la cartera, en especial la mayor a 360 días para mejorar el flujo de los recursos del Hospital.							
PROYECTOS, PLANES, PROGRAMAS,	ACCIONES A SEGUIR						
	ESTRATEGIAS	ACTIVIDAD	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO				RESPONSABLES
			DETALLE	FÓRMULA DEL INDICADOR	INDICADOR BASE (Vig. Anterior)	INDICADOR FINAL (Vig. Actual)	
Gestión del Talento Humano	Conformación de los Semilleros de Talento Humano: Captación y Selección del Talento Humano por Competencias y Perfiles.	1- Capacitaciones de inducción orientadas a una cultura organizacional, buscando fortalecer la integración de la persona con los procesos a desarrollar al interior de la institución. 2- Evaluación integral para la selección, compuesta por conocimientos técnicos, prueba psicotécnica y entrevista. (los semilleros de inducción se llevarán a cabo de acuerdo a las necesidades de los servicios o procesos).	100 % del Personal que ingrese al semillero cuente con la capacitación e inducción completa para poder acceder a laborar con el Hospital.		100% del personal que ingrese a laborar en el Hospital haya aprobado el examen del Semillero de Talento Humano.	100% del personal que ingrese a laborar en el Hospital haya aprobado el examen del Semillero de Talento Humano.	Gerencia, Sub. Adm. y Financiera, Profesional Universitario de Talento Humano.
Ciclo de Preparación para la Acreditación	1. Realizar una autoevaluación cuantitativa de manera anual en desarrollo del Ciclo de Preparación y mejoramiento para la Acreditación de la E.S.E. 2. Postulación para la acreditación, formalizada con contrato.	Conformación, actualización y capacitación del equipo multidisciplinario de acreditación.	1. Promedio de la calificación de la autoevaluación cuantitativa en desarrollo del Ciclo de Preparación para la acreditación o el Ciclo de Mejoramiento de la E.S.E. en los términos de la normatividad vigente. 2. Postulación para la acreditación, formalizada con contrato.	Promedio de la calificación de la autoevaluación en la vigencia evaluada / Promedio de la calificación de la autoevaluación de la vigencia anterior	1,10	≥ 1,20	Gerencia y Oficina de Calidad
Funcionalidad del PAMEC	Hacer funcional el Programa de Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad - PAMEC- con sus respectivos planes de mejoramiento.	Optimización del Programa de Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad - PAMEC- a través del equipo multidisciplinario de la Institución.	Efectividad en la Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atención 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 auditoría registrados en el PAMEC.	1,00	≥ 0,90	Oficina de Calidad, Subgerencia Técnico Científica.

PROYECTOS, PLANES, PROGRAMAS,	ACCIONES A SEGUIR						RESPONSABLES
	ESTRATEGIAS	ACTIVIDAD	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO				
			DETALLE	FÓRMULA DEL INDICADOR	INDICADOR BASE (Vig. Anterior)	INDICADOR FINAL (Vig. Actual)	
<b>Ejecución del Plan de Gestión Institucional</b>	Articular el desarrollo de los POAS (Administrativos y Asistenciales) para el cumplimiento del Plan de Acción Institucional, y el Plan de Gestión Plan de Gestión "Desarrollo y Transformación Hospitalaria con Gestión Humana 2020-2024".	A través de los diferentes comités institucionales realizar el seguimiento, y ajustes necesarios a todos los POAS de los diferentes Procesos (Administrativos y Asistenciales), para el logro de las metas del Plan de Gestión Institucional.	Gestión de Ejecución del Plan de Gestión Institucional	Número de metas del Plan Operativo Anual cumplidas / Número de metas del Plan Operativo Anual Programadas	0,97	≥ 0,90	Gerencia, Subg. Admtiva y Financiera, Subg. Técnico Científica y Oficina de Calidad.
<b>Sostenibilidad y Viabilidad Financiera</b>	Fortalecer los procesos de facturación para disminuir las fallas en los mismos, aumentando la venta de servicios con costos sostenibles.	1 - Disminución de las facturas pendientes por radicar. 2 - Capacitación permanente al personal del área. 3 - Cumplimiento de los lineamientos normativos para mitigación de las posibles glosas. 4 - Mejoramiento de los sistemas y herramientas de información. 5. Gestión e Incremento del recaudo. 6. Manejo eficiente de los gastos y austeridad en los mismos.	Riesgo Fiscal y Financiero	Categorización de la E.S.E. por parte del Ministerio de Salud y Protección Social en cuanto a la Categorización del Riesgo (o en su defecto mientras dure la Pandemia COVID-19 autoevaluación del resultado del indicador con base en la matriz del área financiera)	Sin Riesgo	Sin Riesgo	Gerencia, Subg. Admtiva y Financiera.
	Estimación y ejecución eficiente del Presupuesto Oficial aplicando las normas vigentes y principios presupuestales.	1- Evaluación trimestral del comportamiento de las ejecuciones presupuestales con respecto a sus componentes y proyectos de inversión. 2 - Evaluación mensual del comportamiento del recaudo. 3 - Seguimiento y cumplimiento a las medidas de austeridad en el gasto público.	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo Producida	[(Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en el año objeto de la evaluación / Número de UVR producidas en la vigencia) / (Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia anterior - en valores constantes del año objeto de evaluación / Número UVR producidas en la vigencia anterior )]	1,11	< 0,9	
	Efectuar los respectivos procesos de cobro de cartera según el Manual de Procesos Administrativos, en su componente Gestión Financiera.	1- Disminución de la cartera superior a 360 días. 2- Seguimiento y monitoreo a la cartera por edades y por tipo de deudor. 3- Evaluación del estado de los cobros prejudiciales y jurídicos. 4- Revisión de los procesos de conciliación.	Resultado 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 incluyendo CXP de vigencias anteriores.	1,07	≥ 1,0	
	Organización del plan de pagos y giros oportunos por concepto de prestación de servicios, suministros, mantenimiento, entre otros; de acuerdo a las prioridades y flujo de efectivo.	1- Registro de control y seguimiento a los diferentes conceptos de pago. 2- Realización de conciliaciones del módulo de pagos con los diferentes módulos del área financiera. 3- Gestión en los procesos de giros electrónicos. 4. Boletines de Tesorería del estado de bancos y cuentas por pagar.	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.	A. Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta o externalización de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación. B. [(Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación) - (Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior, en valores constantes )]	Cero (0)	Cero (0) ó variación negativa	

PROYECTOS, PLANES, PROGRAMAS,	ACCIONES A SEGUIR						RESPONSABLES
	ESTRATEGIAS	ACTIVIDAD	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO				
			DETALLE	FÓRMULA DEL INDICADOR	INDICADOR BASE (Vig. Anterior)	INDICADOR FINAL (Vig. Actual)	
	Gestión de los procesos de compras	- Análisis de las necesidades de compras, teniendo en cuenta la programación de las mismas, realizando estudio de proveedores, calidad de los insumos, costos del mercado, oportunidad de entrega, entre otros.	Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante mecanismos: 1. Compras conjuntas. 2. Compras a través de Cooperativas de Empresas Sociales del Estado. 3. Compras a través de mecanismos electrónicos.	Valor total adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico realizadas mediante uno o más de los siguientes mecanismos: (a) Compras conjuntas (b) Compras a través de cooperativas de E.S.E., ( c ) Compras a través de mecanismos electrónicos / Valor Total de adquisiciones de la E.S.E. por medicamentos y material médico-quirúrgico.	0	≥ 0,70	
	Gestión de toma de decisiones con base en la producción de servicios y en el perfil epidemiológico.	1- Implementación de un informe ejecutivo de la gestión de servicios, de acuerdo a la producción y al análisis de sus variables. 2- Socialización de las metas y avances de la producción de servicios frente a los planes de acción en forma trimestral.	Utilización de Información de Registro Individual de Prestaciones - RIPS	Número de Informes del análisis de la prestación de servicios de la E.S.E. a la Junta Directiva con base en RIPS en la vigencia.	4	4	
<b>Gestión de Cumplimiento en el Reporte de Informes Institucionales</b>	1- Mejorar y Controlar la oportunidad de la causación de los registros contables. 2- Continuidad al Programa del Sistema de Sostenibilidad Contable. 3- Desarrollo de las fases de los programas de Seguridad de la Información y de optimización del software asistencial y administrativo.	1- Elaboración de informes depurados y razonables del área financiera. 2- Optimización del Software Administrativo y del Software Asistencial, para la mejora del flujo de la información y consolidación de reportes e indicadores. 3- Implementación de aplicativos utilitarios para mejorar la comunicación y las bases de datos.	Oportunidad en el reporte de informes a los diferentes entes de control, inspección y vigilancia.	Cumplimiento oportuno de los diferentes informes en los términos de la normatividad vigente.	Cumplimiento dentro de los términos previstos para cada tipo de informe.	Cumplimiento dentro de los términos previstos para cada tipo de informe.	Gerencia, Subg. Admiva y Financiera, Subg. Técnico Científica, Oficina de Calidad, Oficina de Control Interno.
			Para la medición del Cumplimiento en los indicadores asistenciales del Plan de Gestión, se tendrá en cuenta los siguientes indicadores:				
			Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para Hemorragias III Trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación.	Número de Historias Clínicas auditadas, que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de manejo para hemorragias del III Trimestre o trastornos hipertensivos en la Gestación / Total Historias Clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con edad gestacional mayor de 27 semanas atendidas en la E.S.E. con Diagnóstico de Hemorragia de III Trimestre o Trastornos hipertensivos en la Gestación.	0,98	≥ 0,80	
			Evaluación de aplicación de guía de manejo de la Primera Causa de egreso Hospitalario o de morbilidad atendida.	Número de Historias Clínicas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de manejo adoptada por la E.S.E. para el Diagnóstico de la Primera Causa de Egreso Hospitalario o de Morbilidad atendida en la vigencia / Total Historias Clínicas Auditadas de la muestra representativa de pacientes con el Diagnóstico de la Primera Causa de Egreso Hospitalario o de Morbilidad atendida en la Vigencia.	0,97	≥ 0,80	

PROYECTOS, PLANES, PROGRAMAS,	ESTRATEGIAS	ACTIVIDAD	ACCIONES A SEGUIR				RESPONSABLES
			INDICADOR DE CUMPLIMIENTO				
			DETALLE	FÓRMULA DEL INDICADOR	INDICADOR BASE (Vig. Anterior)	INDICADOR FINAL (Vig. Actual)	
<b>Gestión de Cumplimiento en los Indicadores Asistenciales del Plan de Gestión.</b>	1- Implementar estrategias para el cumplimiento de metas de producción de servicios de acuerdo a las proyecciones. 2- Fortalecimiento al seguimiento y medición de los Procesos Asistenciales. 3- Funcionabilidad de los Comités Asistenciales establecidos por norma. 4 - Optimización de la Auditoría Concurrente.	1 - A través de las reuniones periódicas de los Comités Institucionales, realizar el seguimiento y evaluación al cumplimiento de los Indicadores Misionales - Asistenciales. 2- Adherencia a las diferentes guías clínicas de manejo. 3- Planeación y efectividad del manejo de las Salas de Cirugías y de las salas de partos. 4- Optimizar los Procesos de Agendamiento de citas médicas y cirugías programadas. 5 - Seguimiento trimestral a los Planes de Acción del Área Asistencial. 6 - Disminución de la Glosa final y socialización de las causales de glosa. 7 - Socialización de los resultados de la Auditoría Concurrente en los diferentes servicios. 8 - Formulación de Planes de Mejoramiento Interno por Procesos, para ajuste de las desviaciones. 9. Revisión y socialización de los informes de gestión de los diferentes servicios asistenciales.	Oportunidad en la Realización de Apendicectomía	Número de pacientes con Diagnóstico de Apendicitis al egreso a quienes se realizó la Apendicectomía, dentro de las seis horas de confirmado el diagnóstico / Total de pacientes con Diagnóstico de Apendicitis al egreso en la vigencia objeto de evaluación.	0,98	≥ 0,90	Gerencia, Subg. Técnico Científica, Oficina de Calidad, Comités Institucionales.
			Número de Pacientes Pediátricos con neumonías broncoaspirativas de origen Intrahospitalario y variación interanual.	1. Número de Pacientes Pediátricos con Neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación. 2. (Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación / Número de Pacientes Pediátricos con Neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia anterior)	Cero (0)	Cero (0) ó variación negativa	
			Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo del Miocardio (IAM).	Número de pacientes con diagnóstico de Egreso de Infarto Agudo del Miocardio a quienes se inició la terapia específica dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnóstico/ Total de pacientes con diagnóstico de egreso de Infarto Agudo del Miocardio en la Vigencia.	1,00	≥ 0,90	
			Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria.	Número de casos de mortalidad intrahospitalaria mayor de 48 horas revisada en el Comité Respectivo / Total de Defunciones Intrahospitalarias mayores de 48 horas en el período.	1,00	≥ 0,90	
			Oportunidad en la Atención de Consulta de Pediatría.	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita, por cualquier medio, para ser atendido en la consulta médica pediátrica y la fecha para la cual es asignada la cita / Número total de consultas médicas Pediátricas asignadas.	4,28	≤ 5	
			Oportunidad en la Atención Obstétrica.	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de Obstetricia de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó, en la vigencia objeto de evaluación / Número total de citas de Obstetricia de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de evaluación.	3,36	≤ 8	
			Oportunidad en la Atención de Medicina Interna.	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita, por cualquier medio, para ser atendida en la consulta de Medicina Interna y la fecha para la cual es asignada la cita / Número total de consultas de Medicina Interna asignadas en la Institución.	7,56	≤ 15	

PROYECTOS, PLANES, PROGRAMAS,	ESTRATEGIAS	ACTIVIDAD	ACCIONES A SEGUIR				RESPONSABLES
			INDICADOR DE CUMPLIMIENTO				
			DETALLE	FÓRMULA DEL INDICADOR	INDICADOR BASE (Vig. Anterior)	INDICADOR FINAL (Vig. Actual)	
<b>Gestión de la Información</b>	Estructurar un Sistema de Información Integral que permita la optimización de las TICs y de los diferentes Programas Informáticos del Hospital, a través del diseño e implementación del Plan Estratégico de Tecnología de la Información y Comunicación- PETIC.	1- Garantizar el normal funcionamiento del recurso tecnológico e informático para que cumpla con los objetivos de información planteados por la Institución. 2- Optimización del Software Asistencial y Software Administrativo, para la eficiencia del flujo de la información y sus reportes. 3- Desarrollo de las estrategias de TIC para la Gestión, TIC para el Gobierno Abierto, TIC para Servicios, Seguridad y Privacidad de la Información.	Oportunidad en los canales de comunicación a través de los sistemas informáticos y estrategias de las TICs.	Cumplimiento oportuno en la integridad y seguridad de los datos informáticos para optimización en la comunicación y en las TICs.	Cumplimiento oportuno de los Procesos de Gestión de la Información y en las TICs.	Cumplimiento oportuno de los Procesos de Gestión de la Información y en las TICs.	Gerencia , Subg. Admtiva y Fra, Subg. Técn. Científica, Líder del Proceso de Información.
<b>Gestión de los Proyectos Registrados en el Plan de Gestión 2020-2024 y en el Plan Bienal 2022-2023</b>	Gestión de los Proyectos de Infraestructura y Dotación de Equipos.	Gestionar la relación de los proyectos registrados en el Plan de Gestión 2020-2024 y los del Plan Bienal 2022-2023, ante el Gobierno Departamental y Nacional, para lograr la sensibilidad, voluntad y compromiso de los recursos necesarios que permitan la gestión y ejecución de los mismos.	Gestionar los Proyectos de Infraestructura y Dotación de Equipos del Plan de Gestión 2020-2024 y los registrados en el Plan Bienal 2022-2023.	Gestión de los Proyectos del Plan de Gestión 2020-2024 y Plan Bienal 2022-2023, avanzando en la viabilidad de los mismos.	1 proyecto viabilizado en su capacidad instalada.	2 proyectos viabilizados (capacidad instalada y/o documentación completa)	Gerencia , Subg. Admtiva y Fra, Subg. Técn. Científica.

**DIANA MARCELA CONDE MARTÍN**  
Gerente (E)