# **GESTIÓN DIRECTIVA**

GD-GE-PL-01 VERSIÓN 1 JUNIO DE 2017





# EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER NIT. 900.006.037-4

#### INSTITUCIÓN DE ALTA COMPLEJIDAD

**GERENTE: EDGAR JULIÁN NIÑO CARRILLO** 

Resolución de Nombramiento No 00085 Mayo 2 de 2017 Acta de Posesión No. : 011 Mayo 3 de 2017



CODIGO: GD-GE-PL-01

Página: 3 de 58

Versión: 1

#### **PRESENTACIÓN**

EL Plan de Gestión, es la herramienta y marco de acción de la Gerencia de la E.S.E Hospital Universitario de Santander, para el periodo 2017 – 2020. En él se identifica la situación actual a impactar, se consolidan los compromisos, se plasman las metas de gestión y resultados, que la gerencia acuerda con la Junta Directiva del Hospital.

Todo lo anterior dentro de los aspectos priorizados por el Ministerio de Salud como son el Direccionamiento Institucional, la Acreditación y Seguridad del Paciente, la eficiencia en el manejo de los recursos, los resultados en salud y el reporte de información a los entes de dirección y control, de conformidad con el marco legal reglamentado por las Resoluciones 710 del 2012 y 743 del 2013, "Por medio de las cuales se adoptan las condiciones y metodología para la elaboración y presentación del plan de gestión de los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial, su evaluación por parte de la Junta Directiva y se dictan otras disposiciones"

Los compromisos acá contraídos permiten movilizar a la Institución en el diseño de planes operacionales, asignación de recursos, estimación de tiempos y asignación de roles, que facilitaran el cumplimiento de estos, por parte de la gerencia y su respectivo seguimiento por parte de la junta directiva.

EDGAR JULIÁN NIÑO CARRILLO Gerente E.S.E HUS



Página: 4 de 58

CODIGO: GD-GE-PL-01

Versión: 1

#### **TABLA DE CONTENIDO**

1.	ME	TODOLOGIA	5
2.	ROI	LES EN EL PLAN DE GESTIÓN	6
	2.1. JL	JNTA DIRECTIVA	6
	2.2. GI	ERENCIA	6
	2.3. LÍ	DERES DE PROCESO	6
	2.4. RI	EVISOR FISCAL	7
3.	PLA	ATAFORMA ESTRATÉGICA	7
	3.1.	MISIÓN	7
	3.2.	VISIÓN	7
	3.3.	VALORES	7
	3.4.	PRINCIPIOS ÉTICOS	8
	3.5.	POLITICAS INSTITUCIONALES	8
4.	DES	SARROLLO DE LAS FASES DEL PLAN DE GESTIÓN	g
	4.1.	FICHAS TÉCNICAS.	9
	4.2.	ANÁLISIS SITUACIONAL	g
	4.3.	MATRIZ DE DIAGNÓSTICO	11
	4.4.	MATRIZ DE LOGROS Y COMPROMISOS	11
	4.5.	MATRIZ DE METAS	
	4.6.	MATRIZ DE CALIFICACIÓN	12
5.	PRO	OCEDIMIENTO DE PRESENTACIÓN Y EVALUACIÓN	12
	5.1.	PROCEDIMIENTO DE PRESENTACIÓN	12
	5.2.	PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN ANUAL	12
6.	ANI	EXOS	14
	6.1.	ANEXO 1. FICHAS DE LOS INDICADORES	14
	6.2.	ANEXO 2. MATRIZ DE DIAGNÓSTICO	35
	6.3.	ANEXO 3. MATRIZ DE LOGROS Y COMPROMISOS	44
	6.4.	ANEXO 4. MATRIZ DE METAS	52
	6.5.	ANEXO 5. MATRIZ DE CALIFICACIÓN	56



CODIGO: GD-GE-PL-01

Página: 5 de 58

Versión: 1

#### 1. METODOLOGÍA

La metodología planteada en la Resolución 710 de 2012 contempla el desarrollo de cinco (5) fases.



- Fase 1: Preparación. En esta fase se identifican las fuentes de información que permiten establecer la línea base. Para el desarrollo de esta fase el gerente solicito a las ocho subgerencias institucionales los indicadores con sus respectivas fichas técnicas; Los asesores de gerencia realizaron visitas de campo, verificando los datos con las fuentes de información de las fichas técnicas de los indicadores asistenciales elaboradas y procedieron a la unificación y construcción de las fichas técnicas de los indicadores dirección, administrativos y financieros faltantes.
- Fase 2: Formulación. En esta fase se consolidó el diagnóstico inicial o línea base para cada uno de los indicadores del anexo No.2 de la Resolución 743 del 2013. Para lo cual el gerente junto con el equipo asesor revisó las fichas técnicas de los indicadores por área y se inicia la construcción de un primer análisis situacional, que contempla la elaboración de matriz de diagnóstico por indicadores, la matriz de compromisos, actividades y metas.
- **Fase 3:** Aprobación. Presentación de la propuesta plan de gestión gerencial vigencia 2017-2020, para aprobación por parte de la Junta Directiva de la institución.
- Fase 4: Fase de Ejecución. Una vez aprobado el plan de gestión gerencial su desarrollo contempla tres momentos. El primer momento inicia con el despliegue a las unidades funcionales y/o subgerencias donde se elaboran los planes de acción enfocados al cumplimiento del os indicadores del plan de gestión, el segundo momento es el seguimiento a la ejecución de actividades de manera sistemática debidamente soportada y el último momento es la presentación del informe anual del plan de gestión a la junta directiva.
- Fase 5. Evaluación. Con base en las metas establecidas en el plan de gestión gerencial, se realizará la evaluación de los resultados y de la gestión a cargo del Gerente; basados en la normatividad legal vigente para el presente



CODIGO: GD-GE-PL-01

Página: 6 de 58

Versión: 1

año (2017) no aplica la evaluación por cuanto no cumple el periodo anual de vigencia completa, este instrumento permitirá la evaluación de las vigencias para el año 2018 y año 2019.

#### 2. ROLES EN EL PLAN DE GESTIÓN

#### 2.1. JUNTA DIRECTIVA

- Analizar el proyecto de Plan de Gestión, presentado por el Gerente o Director.
- Aprobar el Proyecto y convertirlo en Plan de Gestión para ejecución durante el periodo para el cual fue nombrado el Gerente o Director, con o sin ajustes propios de la Junta Directiva.
- Resolver las Observaciones realizadas por el Gerente o Director de la ESE HUS, al Plan de gestión aprobado por la Junta Directiva, si hay lugar a ello.

#### 2.2. GERENCIA

- Preparar el Plan de gestión que pretende ejecutar en el periodo para el cual fue nombrado.
- Presentar y sustentar el Proyecto de Plan de Gestión de la ESE HUS, a la Junta Directiva, dentro de los términos previstos por la ley.
- Realizar Observaciones al Plan de Gestión de la ESE HUS aprobado por la Junta Directiva, si lo considera conveniente.
- Implementar el Plan de Gestión de la ESE HUS, por su propia iniciativa, si durante el término establecido por la Ley, la Junta directiva no lo aprobó.
- Realizar la programación anual de las metas de gestión y resultados contenidos en el Plan aprobado por la Junta Directiva.
- Ejecutar el Plan de gestión de la ESE HUS durante el periodo para el cual fue nombrado.
- Preparar el Informe anual de Gestión sobre la ejecución del Plan aprobado por la Junta Directiva.
- Presentar y sustentar ante la Junta Directiva, el Informe anual de gestión dentro de los términos establecidos en la ley.

#### 2.3. LÍDERES DE PROCESO

- Participar en la preparación y formulación del Plan de Gestión de la ESE HUS.
- Participar en la ejecución del Plan, de acuerdo con la asignación de responsabilidades sobre las actividades específicas del mismo



CODIGO: GD-GE-PL-01

Página: 7 de 58

Versión: 1

 Participar en la evaluación del Plan, certificar datos e información específica de la Línea de base y de los resultados obtenidos en la ejecución del Plan.

#### 2.4. REVISOR FISCAL

 Certificar la información de los indicadores específicos señalados en la metodología adoptada por la Resolución 00710 de 2012, Resolución 743 de 2013 y las normas que la modifiquen o sustituyan.

#### 3. PLATAFORMA ESTRATÉGICA

La E.S.E Hospital Universitario de Santander adopto mediante acto administrativo las políticas institucionales que definen el compromiso gerencial y el direccionamiento estratégico de la institución (Misión, Visión, Principios, Valores, Objetivos Estratégicos y Políticas). Las cuales están completadas en la Resolución 721 del 31 de diciembre de 2013.

#### 3.1. MISIÓN

Somos la E.S.E Hospital Universitario de Santander, institución que presta servicios de salud de mediana y alta complejidad, con énfasis en docencia e investigación, basados en criterios éticos, técnicos, científicos y de gestión integral, que nos constituye como centro de referencia de la red pública y privada del nororiente colombiano y el resto del país, involucrando la participación de talento humano competente que realiza sus actividades con sentido humano y alineado con los valores y principios organizacionales. Para lograr lo anterior la organización está comprometida con el trato digno y humanizado de sus pacientes y familias, la Provisión de entornos de atención segura apoyados con tecnología avanzada.

#### 3.2. VISIÓN

Para el Año 2020 la E.S.E Hospital Universitario de Santander se consolidará como una institución prestadora de servicios de salud de alta complejidad, acreditada, competitiva y líder en la generación de conocimiento humano, con enfoque de seguridad, humanización y responsabilidad social.

#### 3.3. VALORES

- **TRANSPARENCIA**: los actos de los funcionarios se orientan por la ética y el cumplimiento de la Ley. El acceso a la información sobre acciones institucionales será libre y sin obstáculos para la comunidad.
- RESPETO: Somos una institución en donde se respeta la vida, la dignidad y los derechos de los seres humanos
  por encima de cualquier consideración social, política o económica. Reconocemos, valoramos y apreciamos
  diferencias individuales, la pluralidad y la diversidad. Como elementos fundamentales en las relaciones
  interpersonales. Comprendemos y aceptamos los criterios y actitudes de los demás, entendiendo que todos somos
  diferentes como base de la tolerancia y de una sana convivencia dentro de la institución.
- SOLIDARIDAD: La empresa fomentara la práctica de la ayuda mutua entre las personas que laboran en la institución, bajo el principio del más fuerte hacia el más débil, dando prioridad a la población más vulnerable para



CODIGO: GD-GE-PL-01

Página: 8 de 58

Versión: 1

brindarle una eficiente y eficaz prestación de servicios. Reconocemos y apoyamos las necesidades de los demás, en forma desinteresada buscando siempre el logro de los objetivos y el alcance del bien común dentro de la institución

• **RESPONSABILIDAD:** Cumplir las obligaciones adquiridas, atender adecuada y oportunamente los deberes y derechos propios, como individuo y miembro de la institución.

#### 3.4. PRINCIPIOS ÉTICOS

- **RESPONSABILIDAD SOCIAL:** La institución orienta su talento humano, sus recursos técnicos y financieros para dar respuesta a las necesidades de salud y formación de la población del área de influencia.
- EFICIENCIA: La organización busca que la labor de la administración alcance el mejor aprovechamiento de los
  recursos disponibles que aporte al cumplimiento de los objetivos y metas fijados tanto en el plan de gestión como
  en el plan de desarrollo, que además la atención en salud sea prestada a los usuarios brindándoles seguridad y
  satisfacción en el marco a que de derecho al Sistema de Seguridad Social.
- PARTICIPACIÓN: La Empresa Social del Estado estará siempre dispuesta a brindar espacios que permitan la intervención de la comunidad en la organización, control, gestión y localización de su ejercicio.
- **SERVICIO:** La Empresa Social del Estado desarrolla un conjunto de actividades que buscan responder a las necesidades de sus usuarios y en general de todas sus partes interesadas.
- **SEGURIDAD:** la institución busca la ausencia de riesgo y a la vez brindar al usuario la confianza en todos y cada uno de los servicios que presta.
- SATISFACCIÓN: La Empresa Social del Estado busca en cada una de las personas que presta servicios en la institución que sienta en placer y el agrado, por haber brindado un servicio con calidad, seguridad, eficiencia y oportunidad, generando a la vez satisfacción al usuario que recibió el servicio.

#### 3.5. POLITICAS INSTITUCIONALES

El Hospital Universitario de Santander desarrollará cada una de las políticas institucionales las cuales identifican el compromiso de la Gerencia con la prestación de servicios de salud con óptima calidad las cuáles serán las responsables de motivar al equipo de colaboradores en la implementación de los estándares del Sistema Único de Acreditación en la E.S.E HUS. Entre ellas podemos encontrar:

- Política de Atención en Salud Centrada en el Usuario.
- Política de Calidad.
- Política de Humanización.
- Política de Prestación Servicios.
- Política Gestión de la Tecnología.
- Política Gestión del Riesgo.



- 2020

CODIGO: GD-GE-PL-01

Versión: 1

Página: 9 de 58

- Política Seguridad del Paciente.
- Política Talento Humano, Seguridad y Salud en el Trabajo.
- Política de Gestión Ambiental.

#### 4. DESARROLLO DE LAS FASES DEL PLAN DE GESTIÓN

#### 4.1. FICHAS TÉCNICAS.

Las fichas técnicas de cada indicador permiten identificar la fuente de Información para establecer la línea base y formular el plan de gestión. (Ver anexo 1).

#### 4.2. ANÁLISIS SITUACIONAL

La institución pública en salud más importante del Nororiente colombiano, nació bajo el Decreto Presidencial No. 0793 del 13 de abril de 1951, como Hospital Universitario Ramón González Valencia, luego de presentarse la necesidad de tener en la ciudad un Hospital que diera cubrimiento en salud a todo el Nororiente colombiano. Posteriormente en julio de 1973, es rebautizado por el Presidente Misael Pastrana Borrero, en memoria del Ex-presidente Ramón González Valencia.

En el 2004, en vista de tantos conflictos laborales y falta de recursos, el Gobierno Departamental decidió liquidar el entonces Hospital Universitario Ramón González Valencia, para dar paso al actual Hospital Universitario de Santander, creado mediante la resolución 0025 expedida el 4 de febrero de 2005, como una entidad social del estado prestadora de servicios de salud descentralizada, que comenzó a operar saneada, con menos funcionarios y con más eficiencia en la atención a la comunidad, no sólo de Santander, sino de departamentos vecinos.

Su reestructuración le costó al departamento cerca de 78 mil millones, y desde sus inicios se determinó que sería una administración compartida entre el departamento, la cual garantizaría la viabilidad financiera; y la Universidad Industrial de Santander (UIS), que se encargaría de la administración técnico - científica del nuevo centro asistencial, a través de siete subgerencias médico - quirúrgicas. El nacimiento de esta nueva institución significó para el Gobierno Departamental y para sus trabajadores, la oportunidad para rescatar la Red Pública Hospitalaria y brindar una atención integral a los usuarios.

Para el 2006, en la evaluación aplicada a más de mil instituciones prestadoras de salud (IPS) públicas y privadas de alta, mediana y baja complejidad del país, realizada por la Universidad Nacional de Colombia y Fedesalud, con el auspicio del Ministerio de la Protección Social, dieron a conocer las 100 mejores IPS del país. En esta ocasión, la institución fue ubicada en el puesto noveno. Este destacado lugar se logró después de que los investigadores evaluaran y analizaran los servicios que se prestan, la información financiera y los indicadores de calidad de las IPS que aún no han sido acreditadas.

En el 2007, la enfermera jefe Marcela Carbonell Gutiérrez, coordinadora de gestión del riesgo de desastres del Hospital, fue una de las cuatro personas seleccionadas para representar a Colombia en el curso de "Capacitación para la Administración de Servicios Médicos de Emergencia en Tiempo de Gran Desastre Natural", implementado



CODIGO: GD-GE-PL-01

**Página:** 10 de 58

Versión: 1

principalmente para los países Andinos, y desarrollado en Japón, gran mérito que permitió destacar y dar a conocer a la institución en el ámbito internacional, especialmente en su experticia con su política de gestión del riesgo de desastres.

Durante el 2009, se creó el programa madre canguro, con el propósito de disminuir la mortalidad de los neonatos ofreciendo atención a los niños menores de 37 semanas y/o de bajo peso al nacer, evitando futuras complicaciones y secuelas desde el punto de vista médico, psicológico y social.

A partir del año 2010 y hasta abril del año 2017, se registran 428.000 millones en inversión, representados mayoritariamente en obras de infraestructura, que han aportado al desarrollo de la institución como el Hemocentro, e imagenología, entre otras, no obstante, algunas a la fecha no han concluido; están suspendidas por presentar inconvenientes técnicos y jurídicos.

A partir del 2013, la Junta Directiva junto con la Gerencia, trazaron un camino claro en el fortalecimiento del ciclo de preparación para la acreditación, con miras a lograrla según lo establecido en la ley 1438 de 2011. La implementación del sistema único de acreditación, ha representado un gran desafío para la administración de la E.S.E HUS y del Departamento, desde el punto de vista asistencial, político, social y económico, lo que definirá el futuro de la institución frente a la atención de la población residente en su área de influencia en particular (Zona urbana y rural); buscando mejorar la calidad en la prestación de los servicios, atención humanizada y centrada en el usuario, que garantice seguridad clínica bajo una trasformación cultural que permita observar la institución de manera integral.

En el marco del proceso para lograr la Acreditación en la ESE HUS se han realizado Ciclos de preparación para la Acreditación o Ciclos de Mejoramiento Continuo, obteniendo los siguientes resultados:

- **Primer Ciclo**: Inicio del Ciclo con la Autoevaluación realizada en Agosto de 2013 con un resultado de 1.23; se determinaron 159 Oportunidades de mejoramiento con 571 acciones incluidas en los Planes de Mejora de los diferentes Grupos de Estándares para lograr su ejecución hasta el cierre del Ciclo en Agosto 2014.
- Segundo Ciclo: Se da inicio al segundo ciclo con la Autoevaluación realizada en Septiembre de 2014 con un resultado de 1.70; se determinaron 105 Oportunidades de mejoramiento con 290 acciones incluidas en los Planes de Mejora para los diferentes Grupos de Estándares y lograr su ejecución hasta el cierre del Ciclo en Septiembre 2015.
- Tercer Ciclo: Se da inicio al tercer ciclo con la Autoevaluación realizada en Octubre de 2015 con un resultado de 2.34; se determinaron 122 Oportunidades de mejoramiento con 236 acciones incluidas en los Planes de Mejora para los diferentes Grupos de Estándares y lograr su ejecución hasta el final del cierre del ciclo en Agosto de 2016. Sin embargo, en Junio de 2016 se fortaleció el equipo de Acreditación con la contratación de un Equipo Asesor Externo con amplia experiencia en Acreditación de IPS. Revisando los Planes de Mejora determinaron que no era lo más aconsejable cerrar el ciclo y realizar una nueva autoevaluación sino que se replantearan las acciones de mejoramiento en ciclo PHVA (Planear, Hacer, Verificar y Actuar), reflejándose un aumento de 236 a 459 acciones de mejoramiento para incluir en los Planes de Mejora del Tercer Ciclo de preparación para la acreditación, esperando cerrar el ciclo en Noviembre de 2017.



CODIGO: GD-GE-PL-01

Página: 11 de 58

Versión: 1

Finalmente, en el año 2017, después de una gerencia interina durante el año 2016, la institución afronta el reto de acreditarse con fecha máxima diciembre de 2019 para no perder la calidad de hospital universitario, con un talento humano que en más de un 95% no hace parte de la planta de personal, con 12 proyectos de inversión inconclusos y algunos suspendidos, pero con un equipo humano muy comprometido.

Actualmente la ESE Hospital Universitario de Santander presta servicios de salud de mediana y alta complejidad, su estructura la constituye un edificio de 11 pisos con una capacidad de 384 camas, distribuidas entre hospitalización, observación, consulta externa, servicio de urgencias, quirófanos y partos, en donde se internan usuarios que requieren diagnóstico y tratamiento en las diferentes especialidades médicas y médico quirúrgicas.

La unidad de cuidados intensivos para adultos cuenta con 12 camas y la neonatal y pediátrica con 8 camas, también cuenta con una moderna unidad de cuidados en quemados con capacidad para albergar 13 adultos y 8 pediátricos, cada una con la mejor tecnología en equipos de monitoreo, en donde los usuarios permanecen al cuidado del mejor equipo médico científico con el ánimo de garantizar la mejor atención personalizada. Adicionalmente cuenta con 7 salas de cirugía, 2 salas de partos y 1 servicio de imagenología y laboratorio clínico donde se realizan diversos procedimientos e intervenciones con el apoyo de tecnología adecuada, y dos sedes ambulatorias con 13 consultorios debidamente dotados para consulta médica general y especializada.

Así mismo cuenta con el Hemocentro de Santander, antes Banco Metropolitano de Sangre, el único centro de acopio de unidades de sangre público del departamento de Santander, que proyecta suplir las necesidades de sangre de toda la comunidad santandereana. Finalmente, su unidad de Oncología Y Radioterapia cuenta con la más adelantada tecnología disponible en el área de Radioterapia y las mejores instalaciones para la aplicación de Quimioterapia, con lo que se asegura una óptima atención desde el punto de vista profesional y físico.

Teniendo en cuenta la capacidad instalada actual de la institución, actualmente existe un aumento notable en el número de estudiantes que realizan rotación simultánea en los diferentes servicios, tales como pediatría, Consulta Externa, Cirugía General, Neurología, Neurocirugía, Ortopedia, Hospitalización, Hemocentro y Urgencias. Actualmente las rotaciones se concentran más en los programas de pregrado que de postgrado. El mayor porcentaje de participación en el escenario de práctica lo tiene el programa de Enfermería y de ellas las estudiantes de la UIS y de la UCC. Asimismo, en cuanto a la formación en Medicina el mayor porcentaje de estudiantes lo aporta la Universidad Industrial de Santander. El compromiso del Hospital con la academia, apoyado en la investigación y la generación de conocimiento, lo ha posicionado como una de las instituciones más representativas en la prestación de servicios de salud, y como un polo de desarrollo científico mediante el diseño e implementación de diferentes proyectos de investigación en salud.

#### 4.3. MATRIZ DE DIAGNÓSTICO.

Comprende el diagnóstico de las tres áreas de gestión que agrupan indicadores de Dirección 20%, Indicadores Administrativos y financieros 40% e indicadores asistenciales 40%. (Ver anexo 2).

#### 4.4. MATRIZ DE LOGROS Y COMPROMISOS.



CODIGO: GD-GE-PL-01

Página: 12 de 58

Versión: 1

Se plasman los logros o compromisos con los que se espera modificar la situación encontrada en el diagnóstico, cambios que se deberán evidenciar al final del período del Gerente. (Ver anexo 3).

#### 4.5. MATRIZ DE METAS

Metas anuales del Plan de Gestión del Gerente. El primer año 2017, no es período completo (Ver anexo 4)

#### 4.6. MATRIZ DE CALIFICACIÓN

(Ver anexo 5)

#### 5. PROCEDIMIENTO DE PRESENTACIÓN Y EVALUACIÓN

#### 5.1. PROCEDIMIENTO DE PRESENTACIÓN

- Paso 1. El gerente de la ESE HUS presentara el proyecto de plan de gestión dentro de los 30 días hábiles siguientes a su posesión en el cargo.
- Paso 2. El proyecto de plan de gestión deberá ajustarse a las condiciones y metodología definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.
- Paso 3. La Junta Directiva deberá aprobar el Plan de Gestión del Director o Gerente, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la presentación.
- Paso 4. El gerente podrá presentar observaciones al plan de gestión aprobado en los cinco (5) días hábiles siguientes a su aprobación, y se resolverá dentro de los 10 días hábiles siguientes.
- Paso 5. En caso de que la Junta Directiva no apruebe el proyecto de plan de gestión durante el término establecido, el plan de gestión inicialmente presentado por el gerente se entenderá aprobado.

#### 5.2. PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN ANUAL

- Paso 1. El Director o Gerente de la Empresa Social del Estado 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 1° de abril de cada año con corte al 31 de Diciembre del año inmediatamente anterior. Los contenidos del informe y de la metodología son los normados por el Ministerio de Salud y Protección Social. Teniendo en cuenta el artículo 3 de la resolución 743 de 2013 si el gerente no se desempeñó durante la totalidad de la vigencia, no se realizará evaluación respecto de dicha vigencia.
- Paso 2. La Junta Directiva deberá evaluar el cumplimiento del Plan de Gestión del Director o Gerente, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la presentación del informe de gestión.
- Paso 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 cinco (5) días hábiles siguientes a su notificación.



**Página:** 13 de 58

CODIGO: GD-GE-PL-01

Versión: 1

- Paso 4. La decisión de la Junta Directiva tendrá recurso de reposición ante la misma Junta y de apelación en el efecto suspensivo, ante el Superintendente Nacional de Salud, para resolver dichos recursos se contará con un término de quince días (15) hábiles.
- Paso 5. Una vez cumplido el proceso establecido en el presente artículo y en firme el resultado de la evaluación y
  ésta fuere insatisfactorio dicho resultado será causal de retiro del servicio del Director o Gerente, para lo cual la
  Junta Directiva dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a haber quedado en firme el resultado de la
  evaluación, deberá solicitar al nominador con carácter obligatorio para éste, la remoción del Director o Gerente aún
  sin terminar su período, para lo cual el nominador deberá expedir el acto administrativo correspondiente dentro de
  los cinco (5) días hábiles siguientes, contra este acto procederán los recursos de ley.



Página: 14 de 58

CODIGO: GD-GE-PL-01

Versión: 1

### 6. ANEXOS

# 6.1. ANEXO 1. FICHAS DE LOS INDICADORES



Página: 15 de 58

CODIGO: GD-GE-PL-01

Versión: 1



				SIS	STEMA DE INFORMACIO	ÓN PARA	LA CALIDAD				
					ASPECTOS GE	NERALES	1				
Proceso			Gestion Directiva				Subproceso		Gestión Gerencia		
Nombre	Mejoramiento Continúo d	e la Calidad	d para instituciones no acredita	cadas sin a	utoevaluación en la vigencia	anterior.	Código		Dominio	Eficiencia	
Definición	L a medición de éste Indicac HUS.	dor muestra	el resultado de la Autoevaluac	ción frente a	ı los estándares del Sistema Ú	Inico de Ac	reditación, adicionalmente, se utiliza	para la presentación, aprobación	y evaluación del Plan d	le Gestión del Gerente de la ESE	
	l	DEFINICIÓ	ON OPERACIONAL		VARIABLE	S					
Numerador			Indicador Nomima	ı			Fuente numerador		Resultado de la autoe	evaluación de la vigencia evaluada.	
Denominador	Contrato de postulación										
Fórmula de Cálculo	Result	ado de la A	utoevaluación de los estándare	es de Acreo	ditación Institucional.		Periodicidad recomendada gen	eración de información	Anual		
Unidad de Medida			Ninguno				Periodicidad remisión de la info	rmación		Anual	
Responsable / Proceso		Jefe de Ofic	cina de Calidad / Mejoramiento	Continúo o	de la Calidad		Vigilancia y control		Oficina As	esora de Control Interno	
		ANÁLISIS	DEL INDICADOR					UMBRAL DE DES	EMPEÑO		
Ajuste por riesgo	No requiere	х	Por edad		Por Genero		RANGO EST	ABLECIDO	INTERPRETA	ACIÓN DE RESULTADOS	
	Monitorización SOGC	х	Vigilancia y control		Institucional IPS	х				BUENO	
Según tipo de indicador Seguimiento a riesgos habilitación Trazador de calidad promoción y prevención y Evaluación a PGIR							De acuerdo al estár Resolución	•		REGULAR	
Consideraciones para el análisis			DEFICIENTE								



Página: 16 de 58

CODIGO: GD-GE-PL-01

Versión: 1



	SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD														
					ASPECTOS GE	NERALES									
Proceso			Gestion Directiva				Subproceso		Gestión Gerencia						
Nombre	Efectividad en	la auditoría	para el mejoramiento continúo	de la calida	ad en la atención en salud.		Código	Eficiencia							
Definición	La medición de éste indicado	or garantiza	evaluar el cumplimiento de los	s Planes de	Mejoramiento derivados del F	Programa d	e Auditoría para el Mejoramiento Co	ntinúo de la Calidad							
	[	EFINICIÓ	N OPERACIONAL					VARIABLES	}						
Numerador	cer ulicación de la Olicina de Control mierno sobre el														
Denominador	Total de acciones de mejora	miento prog	gramadas para la vigencia der auditoría derivados en P		os Planes de Mejora del comp	oonente de	Fuente denominador		cumplimiento de los planes de mejoramiento continúo implementados con enfoque en acreditación.						
Fórmula de Cálculo			Dividir el numerador por el de	enominador			Periodicidad recomendada gen	eración de información		Trimestral					
Unidad de Medida			Número absoluto				Periodicidad remisión de la info	ormación		Trimestral					
Responsable / Proceso		Jefe de Ofic	ina de Calidad / Mejoramiento	Continúo d	le la Calidad		Vigilancia y control Oficina Asesora de Control Interno								
		ANÁLISIS	DEL INDICADOR					UMBRAL DE DESE	MPEÑO						
Ajuste por riesgo	No requiere	X	Por edad		Por Genero		RANGO EST	ABLECIDO	INTERPRET	ACIÓN DE RESULTADOS					
	Monitorización SOGC	X	Vigilancia y control		Institucional IPS	X	≥0	.90		BUENO					
Según tipo de indicador	Seguimiento a riesgos habilitación		Trazador de calidad promoción y prevención		Monitoreo, seguimiento y Evaluación a PGIR		0.71 a	0.89		REGULAR					
Consideraciones para el análisis							< 0.	.70		DEFICIENTE					



**Página:** 17 de 58

CODIGO: GD-GE-PL-01

Versión: 1



				SIS	TEMA DE INFORMACIÓ	ÓN PARA	LA CALIDAD				
					ASPECTOS GE	NERALES					
Proceso			Gestion Desarrollo Instit	ucional			Subproceso				
Nombre		Gestion	de ejecucion del Plan de Des	sarrollo Insti	tucional		Código	GDI-IND-01	Dominio	Eficiencia	
Definición	Grado de cumplimiento de la	s metas pro	puestas en el Plan de Desarro	ollo Institucio	onal (PDI)		•		•	•	
	D	EFINICIÓ	N OPERACIONAL					VARIABLE	3		
Numerador		Num	ero de Metas del Plan operativ	o anual cur		Fuente numerador		Plane	acion y control interno,		
Denominador		Numero	de Metas del Plan operativo	anual progr		Fuente denominador		Planeacion			
Fórmula de Cálculo			Dividir el numerador por el de	enominador		Periodicidad recomendada gene	ración de información		Trimestral		
Unidad de Medida			Porcentual				Periodicidad remisión de la info	rmación		Trimestral	
Responsable / Proceso		Jefe	de Oficina Asesora de Desar	rollo Instituc	ional		Vigilancia y control		Oficina Asesora de Control Interno		
		MÁLISIS	DEL INDICADOR					UMBRAL DE DESE	EMPEÑO		
Ajuste por riesgo	No requiere	X	Por edad		Por Genero		RANGO ESTA	ABLECIDO	INTERPRE	TACIÓN DE RESULTADOS	
	Monitorización SOGC	X	Vigilancia y control		Institucional IPS	x	≥ 90	)%		BUENO	
Según tipo de indicador	Seguimiento a riesgos habilitación		Trazador de calidad promoción y prevención		Monitoreo, seguimiento y Evaluación a PGIR		71% a	89%		REGULAR	
Consideraciones para el análisis				< 70	%		DEFICIENTE				



**Página:** 18 de 58

CODIGO: GD-GE-PL-01

Versión: 1



				SIS	STEMA DE INFORMACIÓ	ÓN PARA	LA CALIDAD			
					ASPECTOS GE					
Proceso			Gestion Directiva				Subproceso			
Nombre			Riesgo fiscal y financie	ero			Código		Dominio	Eficiencia
Definición	Capacidad de financiar las o	bligaciones	operacionales corrientes y no	corrientes	de la ESE HUS, frente a los	ingresos o	peracionales corrientes.		•	1
	[	DEFINICIÓ	N OPERACIONAL					VARIABLE	S	
Numerador		Cla	sificación generada por el Mini	isterio de S		Fuente numerador		Ministerio de Salud		
Denominador		Cla	sificación generada por el Mini	isterio de S		Fuente denominador		Ministerio de Salud		
Fórmula de Cálculo		Cla	sificación generada por el Mini	isterio de S	alud		Periodicidad recomendada gen	neración de información		Anual
Unidad de Medida			categorica				Periodicidad remisión de la info	ormación		Anual
Responsable / Proceso			Ministerio de Salud				Vigilancia y control		Grupos	primarios de Gerencia
		ANÁLISIS	DEL INDICADOR					UMBRAL DE DES	EMPEÑO	
Ajuste por riesgo	No requiere	X	Por edad		Por Genero		RANGO ES	TABLECIDO	INTERPRET	ACIÓN DE RESULTADOS
Según tipo de indicador	Monitorización SOGC		Vigilancia y control		Institucional IPS	х		5	ADOPCION DEL PL	TUCION CON RIESGO Y CON .an de Saneamiento Fiscal Y Financiero
	Seguimiento a riesgos habilitación		Trazador de calidad promoción y prevención		Monitoreo, seguimiento y Evaluación a PGIR		NO A	PLICA	NO APLICA:	INSTITUCION SIN RIESGO
Consideraciones para el análisis se requiere el estado de cartera, la ejucucion presupuestal, informe de pasivos 0 ADOPCION DEL PLAN DE SANEAMIENTO F								AN DE SANEAMIENTO FISCAL Y		



**Página:** 19 de 58

CODIGO: GD-GE-PL-01

Versión: 1



	SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD													
					ASPECTOS GE	NERALES								
Proceso			Gestion Directiva				Subproceso							
Nombre		evolució	n del gasto por unidad de valo	or relativo p	roducida		Código	Dominio	EFICIENCIA					
Definición	Es calcular el valor de una	unidad prod	lucida de la ESE HUS en la	vigencia			•		•	•				
		EFINICIÓ	N OPERACIONAL				VARIABLES							
Numerador	Gastos de funcionamien	to y operac	ión comercial y prestacion de evaluacion	servicios co	omprometidos en el año objeto	de la	Fuente numerador  Ficha tecnica de la pagina web dell SIHO d  de Salud y Proteccion Social							
Denominador		ı	Número de UVR producidas e	n la vigenci		Fuente denominador		Ficha tecnica de la pagina web swl SIHO del Minester de Salud y Proteccion Social						
Fórmula de Cálculo	Gastos de funcionamien		ión comercial y prestacion de cion / numero del UVR produc			de la	Periodicidad recomendada gene	ración de información	Mensual					
Unidad de Medida		numero	de Unidades de Valor Relativ	o (UVR) pr	oducidas		Periodicidad remisión de la infor	mación	Trimestral					
Responsable / Proceso	profesional espe	ecializado d	e la unidad funcional de recurs	sos financier	ros/GESTION FINACIERA		Vigilancia y control		Grupo	primario de Gerencia				
		ANÁLISIS	DEL INDICADOR					UMBRAL DE DESE	EMPEÑO					
Ajuste por riesgo	No requiere	х	Por edad		Por Genero		RANGO ESTA	BLECIDO	INTERPRET	TACIÓN DE RESULTADOS				
	Monitorización SOGC		Vigilancia y control		Institucional IPS	х	< 0.9	0		BUENO				
Según tipo de indicador	Seguimiento a riesgos habilitación		Trazador de calidad promoción y prevención		Monitoreo, seguimiento y Evaluación a PGIR		entre 0.90	y 1.10		REGULAR				
Consideraciones para el análisis	Informe	de produ	cción de las diferentes are	as y ejecu	cion presupuestal		>1.1	0		DEFICIENTE				



**Página:** 20 de 58

CODIGO: GD-GE-PL-01

Versión: 1



	SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD													
					ASPECTOS GE	NERALES								
Proceso			Gestion Directiva				Subproceso							
Nombre	P	ropocion de	medicamentos y material med	lico-quirurg	ico adquiridos		Código		Dominio	Eficiencia				
Definición	Establecer las compras de r	nedicament	os y material medico quirurgico	a traves d	e compras conjuntas, compra	s a través d	le cooperativas de ESEs, o compra	s electronicas	I.	1				
	I	DEFINICIÓ	N OPERACIONAL					VARIABLES	<u> </u>					
Numerador			ntos y material médico quirúrgi compras a través de coopera electrónicos			•	I Interne del responsable del area de o							
Denominador	Valor total	de adquisio	nes de la ESE por medicamen	tos y mater		Fuente denominador		Informe del responsable del área de compras firmado p el revisor fiscal						
Fórmula de Cálculo	mecanismos (a) compras co	njuntas (b)	ntos y material médico quirurgi compras a través de coopera lquisicones de la ESE por med	tivas de ES	SE (c) compras a través de m	ecanismos	Periodicidad recomendada gen	eración de información		Trimestral				
Unidad de Medida			%				Periodicidad remisión de la info	ormación	Triimestral					
Responsable / Proceso			Subgerencia Administrativa y	Financiera			Vigilancia y control		Grup	o primario de Gerencia				
		ANÁLISIS	DEL INDICADOR					UMBRAL DE DESE	EMPEÑO					
Ajuste por riesgo	No requiere	х	Por edad		Por Genero		RANGO ES	TABLECIDO	INTERPRE	TACIÓN DE RESULTADOS				
	Monitorización SOGC		Vigilancia y control		Institucional IPS	х	≥0,	70		BUENO				
Según tipo de indicador	Seguimiento a riesgos habilitación		Trazador de calidad promoción y prevención		Monitoreo, seguimiento y Evaluación a PGIR		entre 0.3	31 y 0.69		REGULAR				
Consideraciones para el análisis			ejecucion presupues	stal			≤0.	30		DEFICIENTE				



**Página:** 21 de 58

CODIGO: GD-GE-PL-01

Versión: 1



				SIS	TEMA DE INFORMACIO	ÓN PARA	LA CALIDAD			
					ASPECTOS GE	NERALES				
Proceso			Gestion Directiva				Subproceso			
Nombre	Monto de la deuda supe		as por concepto de salarios po , y variacion del monto frente			ion de	Código	1	Dominio	Oportunidad
Definición	Cumplimiento de pago oporto	ino al perso	onal de planta y contratacion o	de servicio d	le la ESE HUS					
		EFINICIÓ	N OPERACIONAL					VARIABLES	<u> </u>	
Numerador	corte 31 de diciembre de la a 30 días por concepto de si diciembre del vigencia o personal de planta y por cu valores constantes ) ] - (	vigencia ol salario del p bjeto de eva oncepto de valor de la	or concepto de salarios del pe pijeto de evaluación (valor de personal de planta y por conce aluación) - (valor de la deud contratación de servicios, con deuda superior a 30 días por s, con corte a 31 de diciembre	e la deuda s epto de con la superior a corte a 31 concepto de	superior [ ( valor de la deuda tratación de servicios con corla a 30 días por concepto de sala de diciembre de la vigencia a e salario del personal de plan	a superior te a 31 de ario del nterior en ta y por	Fuente numerador		Certificado d	e revisoría fiscal de la ESE
Denominador			No Aplica				Fuente denominador		Certificado d	e revisoría fiscal de la ESE
Fórmula de Cálculo	corte 31 de diciembre de la a 30 días por concepto de s diciembre del vigencia o	vigencia ol salario del p bjeto de eva	or concepto de salarios del pe ojeto de evaluación ( valor de personal de planta y por conc aluación ) - ( valor de la deud contratación de servicios, con valores constantes	e la deuda s epto de con la superior a corte a 31	superior [ ( valor de la deuda tratación de servicios con cort a 30 días por concepto de sala	a superior te a 31 de ario del	Periodicidad recomendada ger	neración de información		MENSUAL
Unidad de Medida			pesos - dias				Periodicidad remisión de la inf	ormación	Т	RISMESTRAL
Responsable / Proceso			Subgerencia Administrativa y	Financiera	l		Vigilancia y control		Grupo p	orimarios de Gerencia
		MÁLICIC	DEL INDICADOR					UMBRAL DE DESE	MDEÑO	
Ajuste por riesgo	No requiere	X	Por edad		Por Genero		BANGO ES	TABLECIDO		ACIÓN DE RESULTADOS
Aquate por neago	Monitorización SOGC	^	Vigilancia y control		Institucional IPS	х	no varia (0), ó variación neg	gativa respecto a la vigencia erior	INTERCINE I	BUENO
Según tipo de indicador	Seguimiento a riesgos habilitación		Trazador de calidad promoción y prevención		Monitoreo, seguimiento y Evaluación a PGIR		No Aplica			No Aplica
Consideraciones para el análisis		Inf	orme de pasivo y /o estado	os financie	eros		Variación positiva respe	ecto a la Vigencia Anterior		DEFICIENTE



Página: 22 de 58

CODIGO: GD-GE-PL-01

Versión: 1

#### FICHA TECNICA DE INDICADORES GMC-CA-FO-82 Version 1 GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO



				SIS	TEMA DE INFORMACIÓN I	PARA L	A CALIDAD				
					ASPECTOS GENER	RALES					
Proceso			Gestion Directiva				Subproceso				
Nombre	Ufiliz	zación de	información de registro individual o	de prest	taciones-RIPS		Código Dominio eficacia				
Definición	Análisis de la Información genera	ida por k	s Registros Individuales de Presta	ción de	Servicios RIPS		•			-1	
	DE	FINICIO	ON OPERACIONAL					VARIABLES	3		
Numerador	Número de analisis	de inforn	nes basados en los RIPS presentad	dos a la	junta Directiva en la vigencia		Fuente numerador			Facturación	
Denominador					Fuente denominador Facturación						
Fórmula de Cálculo	Número de informe del analisis	de la pre	stacion de servicios de la ESE a la	ı junta D	Directiva con base en RIPS en la v	/igencia	Periodicidad recomendada gen	eración de información		Mensual	
Unidad de Medida			Número				Periodicidad remisión de la info	rmación		Trimestral	
Responsable / Proceso	Sub	gerente	Administrativo y Financiero /GESTI	ION FA	CTURACION		Vigilancia y control	po Primario Gerencia			
	AN	NÁLISIS	DEL INDICADOR					UMBRAL DE DESE	MPEÑO		
Ajuste por riesgo	No requiere	x	Por edad		Por Genero		RANGO EST	ABLECIDO	INTERPRE	TACIÓN DE RESULTADOS	
	Monitorización SOGC		Vigilancia y control		Institucional IPS	х	presentación	de 4 informes		BUENO	
Según tipo de indicador	Seguimiento a riesgos habilitación		Trazador de calidad promoción y prevención		Monitoreo, seguimiento y Evaluación a PGIR		presentación de	e 2 a 3 informes		REGULAR	
Consideraciones para el análisis	Actividades facturadas en u	ın perio	do, los diagnosticos de los pac	ientes	registrados en las historias cl	inicas	presentación de 1 in	forme o no presenta		DEFICIENTE	



**Página:** 23 de 58

CODIGO: GD-GE-PL-01

Versión: 1

#### FICHA TECNICA DE INDICADORES GMC-CA-FO-82 Version 1 GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO



ASPECTOS GENERALES													
Proceso			Gestion Directiva				Subproceso						
Nombre		Re	sultado Equilibrio Presupuesta	al con Reca	udo		Código		Dominio	EFICIENCIA			
Definición	Capacidad de financiacion d	e los compr	omisos adquiridos por la institu	ucion con lo	s recaudos obtenidos en la m	isma vigend	ia		•	•			
		,			Ī								
	[	DEFINICIO	N OPERACIONAL					VARIABLE	<u> </u>				
Numerador	,	/alor de la e	ejecucion de ingreso totales re	caudados e	n la vigencia		Fuente numerador ficha tecnica de la pagina Web del SIHO del Minis Salud y Proteccion Social						
Denominador	valor de la ejecu	cion de gas	tos comprometidos incluyendo	cuenta por		Fuente denominador ficha tecnica de la pagina Web del SIHO del N Salud y Proteccion Social							
Fórmula de Cálculo	valor de la ejecucion de	•	les recaudados en la vigencia yendo cuenta por pagar de vi		, ,	metidos	Periodicidad recomendada ger	eración de información		Trimestral			
Unidad de Medida			Número Absoluto				Periodicidad remisión de la info	Trimestral					
Responsable / Proceso		Subgerente	e Administrativa y Financiera /	GESTION F	FINACIERA		Vigilancia y control	Grupo primario Gerencia					
		ANÁLISIS	DEL INDICADOR					UMBRAL DE DESI	EMPEÑO				
Ajuste por riesgo	No requiere	x	Por edad		Por Genero		RANGO ES		1	TACIÓN DE RESULTADOS			
Monitorización SOGC Vigilancia y control Institucional IPS							>=	1.00		BUENO			
Según tipo de indicador	Seguimiento a riesgos habilitación		Trazador de calidad promoción y prevención		Monitoreo, seguimiento y Evaluación a PGIR		entre 0.	31 y 0.99		REGULAR			
Consideraciones para el análisis	los recaudo	s frente a	los compromisos soportac	dos en la ej		<=	0.80		DEFICIENTE				



Página: 24 de 58

CODIGO: GD-GE-PL-01

Versión: 1

#### FICHA TECNICA DE INDICADORES GMC-CA-FO-82 Version 1 GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO



					ASPECTOS GE	NERALES					
Proceso			Gestion Directiva				Subproceso				
Nombre	Oportunidad	en la entre	ga del reporte de información	en cumplim	iento de la circular unica		Código		Dominio	Oportunidad	
Definición	Entrega oportuna de la infor	mación soli	citada de la circular unica							-	
	•										
		EFINICIÓ	N OPERACIONAL				VARIABLES				
Numerador	Cumpl	imiento opo	rtuno de los informes en termir	nos de la no	rmatividad vigente		Fuente numerador	ndencia Nacional de Salud			
Denominador						Fuente denominador					
Fórmula de Cálculo	Cumpl	imiento opo	rtuno de los informes en termin	nos de la no	ormatividad vigente		Periodicidad recomendada ger	neración de información		Mensual	
Unidad de Medida		1	echa establecida por la norma	tivad vigent	te		Periodicidad remisión de la inf	ormación		Trimestral	
Responsable / Proceso	profesional espe	ecializado d	e la unidad funcional de recurs	sos financiei	ros /GESTION FINACIERA		Vigilancia y control	oo primario Gerencia			
		ANÁLISIS	DEL INDICADOR					UMBRAL DE DESE	:MPEÑO		
Ajuste por riesgo	No requiere		Por edad		Por Genero		RANGO ES	TABLECIDO	INTERPRE	TACIÓN DE RESULTADOS	
	Monitorización SOGC	X	Vigilancia y control		Institucional IPS	x	presentacion o	portuna infome		BUENO	
Según tipo de indicador	Seguimiento a riesgos habilitación		Trazador de calidad promoción y prevención						REGULAR		
Consideraciones para el análisis		inf	orme de calidad e infome d	e producc	ion		no presentac	cion oportuna		DEFICIENTE	



**Página:** 25 de 58

CODIGO: GD-GE-PL-01

Versión: 1

#### FICHA TECNICA DE INDICADORES GMC-CA-FO-82 Version 1 GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO



	SISTEMA DE INFORMACION PARA LA CALIDAD													
					ASPECTOS GE	NERALES								
Proceso			Gestion Directiva				Subproceso							
Nombre	Oportur	idad en el r	eporte del informe del cumplin	niento del de	ecreto 2193 de 2004		Código	Dominio	Oportunidad					
Definición	Presentacion de la situacion	de la institu	cion en aspectos financieros, a	asistenciale	s y administrativos que son ofic	ciales para	la toma de decisiones			1				
	1						I							
		DEFINICIÓ	N OPERACIONAL					VARIABLES	<b>i</b>					
Numerador	Cump	olimiento opo	rtuno de los informe en termin	nos de la no		Fuente numerador		Ministerio de salud y proteccion social						
Denominador						Fuente denominador		Ministerio de salud y proteccion social						
Fórmula de Cálculo	Cump	olimiento opc	rtuno de los informe en termin	nos de la no	rmatividad vigente		Periodicidad recomendada gen	eración de información		Mensual				
Unidad de Medida							Periodicidad remisión de la info	ormación		Trimestral				
Responsable / Proceso			Gestion Financiera	9			Vigilancia y control		Grupo primario Gerencia					
		ANÁLISIS	DEL INDICADOR					UMBRAL DE DESE	MPEÑO					
Ajuste por riesgo	No requiere	х	Por edad		Por Genero		RANGO ES	TABLECIDO	INTERPRE	TACIÓN DE RESULTADOS				
	Monitorización SOGC	х	Vigilancia y control		Institucional IPS	х	oportunidad en el	reporte del infome		BUENO				
Según tipo de indicador	Seguimiento a riesgos habilitación		Trazador de calidad promoción y prevención		Monitoreo, seguimiento y Evaluación a PGIR					REGULAR				
Consideraciones para el análisis consistencia de la informacion reportada entre los diferentes modulos que presenta el informe no reporte del informe										DEFICIENTE				



CODIGO: GD-GE-PL-01

Página: 26 de 58

Versión: 1



	SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD											
					ASPECTOS GENER	RALES						
Proceso			Gestion de Urgencias y Gesion de	e Internaci	ión		Subproceso	Urgencias gineco-o	bstetricas y Hospitaliza	ción gineco-obstetrica		
Nombre	Evaluación	de Aplica	ción de Guia Especifica de Trastor	nos Hiper	tensivos en la Gestación		Código		Dominio	Gerencia de Riesgo/ eficiencia		
Definición	Busca medir la aplicación escricta de la guia de manejo para trastornos hipertensivos de la gestación, para un Dx oportuno de las causas de trastornos hipertensivos de la segunda mitad del embarazo para realizar adecuado tratamiento y disminuir morbimortalidad materna y perinatal. Los trastornos hipertensivos del embarazo son un conjunto de desordenes caracterizados por la elevación de tensión arterial durante la gestación. Describen un amplio aspectro de condiciones cuyo rango fluctua entre elevaciones leves de tensión arterial a hipertension arterial severa con daño de organo blanco y grave mortalidad de materno-fetal. Permite la aplicación de la guia un seguimiento al riesgo.											
DEFINICIÓN OPERACIONAL VARIABLES												
Numerador	Número de H.C con a	aplicación	esctricta de la guia de manejo par	a Trastorr	nos Hipertensivos en la Gestación	1	Fuente numerador		ESE	HUS/ Dinamica net.		
Denominador	Total H.C auditadas de paciente		ad gestacional mayor de 27 semar rimestre y trastornos hipertensivos			orragia del	Fuente denominador		ESE HUS/ Dinamica net.			
Fórmula de Cálculo			Dividir el numerador por el den	ominador			Periodicidad recomendada gene	ración de información		Mensual		
Unidad de Medida			Porcentaje				Periodicidad remisión de la infor	mación	, ,	del resultado en los cinco primeros las de cada mes)		
Responsable / Proceso		Sı	bgerencia Mujer y Infancia-Gerer	ncia-Estadi	istica.		Vigilancia y control Oficina de Calidad-Auditor de c			Auditor de calidad-comité de calidad		
		ANÁLISI	S DEL INDICADOR				UMBRAL DE DESEMPEÑO					
Ajuste por riesgo	No requiere	x	Por edad		Por Genero		RANGO ESTA	BLECIDO	INTERPRET	ACIÓN DE RESULTADOS		
	Monitorización SOGC	x	Vigilancia y control	х	Institucional IPS	х	≥ 0,8	0		BUENO		
Según tipo de indicador	Seguimiento a riesgos habilitación	х	Trazador de calidad promoción y prevención		Monitoreo, seguimiento y Evaluación a PGIR		0,56-0,79			REGULAR		
Consideraciones para el análisis	causas de trastornos hipe	rtensivos erinatal. I	uia de manejo para trastornos hipe de la segunda mitad del embarazo Responsable de la Medición: Audit s Clínicas- Gerencia-Subgerencia	para rea or de calid	lizar adecuado tratamiento y dism dad Responsable del Análisis: Co	ninuir	≤0,5	55		DEFICIENTE		



**Página:** 27 de 58

CODIGO: GD-GE-PL-01

Versión: 1

#### FICHA TECNICA DE INDICADORES GMC-CA-FO-82 Version 1 GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO



			SISTE	MA DE INFORMACION	N PARA L	.A CALIDAD				
				ASPECTOS GEN	ERALES					
Proceso						Subproceso			_	
Nombre	Evaluación de aplicación	n de guía de manejo de la primera causa o	de egreso ho	spitalario o de morbilidad ate	endida	Código		Dominio	Gerencia del Riesgo - Eficacia	
Definición	Seguimiento a la adherencia	de las guias de manejo de primeras causa	as de egreso	hospitalario o de morbilidad			•	•		
	DE	EFINICIÓN OPERACIONAL				VARIABLES				
Numerador		con a la aplicación estricta de la guía de r era causa de egreso hospitalario o de mor	Fuente numerador		ESE	HUS/ Dinamica net				
Denominador	total de historias clínicas	auditadas de pacientes con diagnóstico d morbilidad atendida en la v		causa de egreso hospitalario	Fuente denominador		ESE HUS/ Dinamica net			
Fórmula de Cálculo		Dividir el numerador por el de	enominador			Periodicidad recomendada ger	neración de información		Mensual	
Unidad de Medida		Número absoluto				Periodicidad remisión de la inf	ormación	, -	lel resultado en los cinco primeros as de cada mes)	
Responsable / Proceso		Jefe Oficina Asesora Calidad / Auditoria	a Médica de (	Calidad		Vigilancia y control		Oficina de Calidad-Auditor de calidad-comité de calidad		
	Al	NÁLISIS DEL INDICADOR					UMBRAL DE DESI	EMPEÑO		
Ajuste por riesgo	No requiere	Por edad		Por Genero		RANGO ES	TABLECIDO	INTERPRETA	ACIÓN DE RESULTADOS	
	Monitorización SOGC	Vigilancia y control		Institucional IPS		≥(	).80	BUENO		
Según tipo de indicador	Seguimiento a riesgos habilitación	Trazador de calidad promoción y prevención		Monitoreo, seguimiento y Evaluación a PGIR		0.30	-0.79		REGULAR	
Consideraciones para el análisis			<	0.3		DEFICIENTE				



CODIGO: GD-GE-PL-01

Página: 28 de 58

Versión: 1



				SISTI	EMA DE INFORMACIÓN	I PARA LA	A CALIDAD			
					ASPECTOS GENE	RALES				
Proceso			Gestion quirurgica				Subproceso		Quirofanos	
Nombre		Op	portunidad en la Realización de A	Apendicecto	mia		Código	I.1.1-AP	Dominio	Accesibilidad/Oportunidad- Eficacia
Definición	impacto sobre la capacidad r no atención oportuna. El tiem	resoluctiva d npo de resp	de los casos por su detección y a	atención tem	nprana dsiminuyendo los riesg	os incapaci	o de urgencias y/o el especialista de cir dad en tiempo y severidad y secuelas, a atender la demanda de los servicios	asi como impactan positivamente	e en la contención de	de procedimientos quirurgicos tiene costos de no calidad originados en la
	D	EFINICIÓ	N OPERACIONAL					VARIABLE	S	
Numerador	Número de Pacientes con Di	x de Apend	licitis al egreso a quienes se inici un tiempo ≤ a 6 hora	o la Apendi	cectomia despues de confirma	do el Dx en	Fuente numerador		ESE HUS/ Dinamica net ( para Dx apendicitis- y la hora solicitud turno QX) y Coordinador del registros de cirugia (para mirar la hora de ingreso a Quirofano)	
Denominador	Total de	pacientes	con Dx de Apendicitis al egreso	en la vigen	cia objeto evaluación		Fuente denominador		ESE HUS/ Di	namica net ( para Dx apendicitis)
Fórmula de Cálculo			Dividir el numerador por el de	nominador			Periodicidad recomendada genera	ación de información		Mensual
Unidad de Medida			Horas				Periodicidad remisión de la inform	nación	, ,	a del resultado en los cinco primeros dias de cada mes)
Responsable / Proceso	Subgerencia Medica- su	bgerencia (	Quirurgica-subgerencia Apoyo D	)x-Gerencia	a-Subgerencia Enfermeria-Est	adistica.	Vigilancia y control  Oficina de Calidad-Auditor de calidad-comit Coordinador de registros de Cirugia en			· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
		ANÁLISIS	DEL INDICADOR					UMBRAL DE DES	EMPEÑO	
Ajuste por riesgo	No requiere	х	Por edad		Por Genero		RANGO ESTAI	BLECIDO	INTERPRE	TACIÓN DE RESULTADOS
	Monitorización SOGC	х	Vigilancia y control	х	Institucional IPS	х	≥ 0.90	0		BUENO
Según tipo de indicador	Seguimiento a riesgos habilitación	х	Trazador de calidad promoción y prevención		Monitoreo, seguimiento y Evaluación a PGIR		0.51 - 0.89		REGULAR	
Consideraciones para el análisis	plantear a partir de resulta	ados planes R	ealización de la apendicectomia ; de mejora. Tener en cuenta par estandar para planes de n Responsable de la Medición: Aud Calidad- Gerencia - Subgerenci	ra analisis e nejorar. litor de calid	el analisis de los casos que se	salen del	< 0.51	1		DEFICIENTE



CODIGO: GD-GE-PL-01

Página: 29 de 58

Versión: 1

#### FICHA TECNICA DE INDICADORES GMC-CA-FO-82 Version 1 GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO



				SI	STEMA DE INFORMACIÓN PA	RA LA CALIDAD				
					ASPECTOS GENERA	LES				
Proceso	Gestion of	le Urg	encias - Gestion internacion - Gesto	ón de c	uidados intensivos	Subproceso	Urgencias pediatrica	s - Hospitalizacion pe	diatrica - UCI pediatrica	
Nombre	Número de pacientes per	diátrico	s con neumonías bronco-aspirativa interanual	as de o	rigen intra-hospitalario y variación	Código		Dominio	Gerencia del Riesgo - Eficacia	
Definición										
	DEF	INICIO	ÓN OPERACIONAL			VARIABLES				
Numerador	· · ·	ón y (r	os con neumonías bronco-aspirativa número de pacientes pediátricos co ahospitalario en la vigencia objeto d	Fuente numerador		ESE HUS/ Dinamica net/ programa seguridad del paciethte				
Denominador	número de pacientes ped	iátricos	con neumonías bronco-aspitarivas anterior	s de or	igen intrahospitalario en la vigencia	Fuente denominador		ESE	: HUS/ Dinamica net.	
Fórmula de Cálculo			Dividir el numerador por el deno	minado	r	Periodicidad recomendada ge	eneración de información		Mensual	
Unidad de Medida			Variación			Periodicidad remisión de la in	formación	, ,	del resultado en los cinco primeros dias de cada mes)	
Responsable / Proceso	Subgerencia Med	icas-Sı	ubgerencia Apoyo Dx-Gerencia-St	ubgere	ncia Enfermeria-Estadistica.	Vigilancia y control		Oficina de Calidad-Auditor de calidad-comité de calidad		
	ANÁ	LISIS	DEL INDICADOR				UMBRAL DE DESE	EMPEÑO		
Ajuste por riesgo	No requiere		Por edad		Por Genero	RANGO ES	STABLECIDO	INTERPRE	TACIÓN DE RESULTADOS	
Según tipo de indicador	Monitorización SOGC		Vigilancia y control		Institucional IPS	Origen Int	monias broncoaspirativas NBA de trahospitalario	BUENO		
	Seguimiento a riesgos habilitación		Trazador de calidad promoción y prevención		Monitoreo, seguimiento y Evaluación a PGIR	interanual es C	n intrahospitalario pero la variación ero (0) ó negativa	REGULAR		
Consideraciones para el análisis						Se presentaron NBA de origen intrahospitalario y la variación interanual es positiva.			DEFICIENTE	



CODIGO: GD-GE-PL-01

Versión: 1

Página: 30 de 58



SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD											
					ASPECTOS GE	NERALES					
Proceso			Gestion de urgencia	as			Subproceso		Urgencias General A	dulto	
Nombre	Oportu	ınidad en la	Atención Especifica de Pacier	ntes con Dx	al Egreso de IAM		Código	I.1.1-AP	Dominio	Accesibilidad/Oportunidad - Eficacia	
Definición	producido por una osbtruccio	ón en una c recanaliza p	de las arterias coronarias, freci	uentemente	por ruptura por una placa de	ateroma vi	el IAM En la ESE HUS .El IAM hace re ulnerable.El suministro deficiente de ox sta anoxía se produce lesion al miocar	igeno que resulta de tal obstrucc	ción produce		
		EFINICIÓ	N OPERACIONAL					VARIABLE	S		
Numerador	Número de Pacientes con D	x IAM al eg	greso a quienes se inicio la Te a la realización del [		cifica dentro de la primera hora	Fuente numerador		ESE HUS/ Dinamica net			
Denominador		Total d	le pacientes con Dx IAM al egi	reso en la v	rigencia		Fuente denominador		ES	HUS/ Dinamica net	
Fórmula de Cálculo			Dividir el numerador por el de	enominado			Periodicidad recomendada gener	ación de información		Mensual	
Unidad de Medida			Horas				Periodicidad remisión de la inform	mación	, ,	del resultado en los cinco primeros dias de cada mes)	
Responsable / Proceso	Subgerencia Q	uirurgica-su	ubgerencia Apoyo Dx-Gerenc	ia-Subgere	ncia Enfermeria-Estadistica.		Vigilancia y control Oficina de Calidad-Auditor de calidad-comité				
	,	ANÁLISIS	DEL INDICADOR					UMBRAL DE DES	EMPEÑO		
Ajuste por riesgo	No requiere	х	Por edad		Por Genero		RANGO ESTA	BLECIDO	INTERPRE	TACIÓN DE RESULTADOS	
Según tipo de indicador	Monitorización SOGC	х	Vigilancia y control	х	Institucional IPS	х	≥ 0.9	0		BUENO	
Segun tipo de maicador	Seguimiento a riesgos habilitación	x	Trazador de calidad promoción y prevención		Monitoreo, seguimiento y Evaluación a PGIR		0.51- 0	.89		REGULAR	
Consideraciones para el análisis	realización de Dx para evita Responsable del Análisis	r posibles d Re : Comité de	la realización de la terapia esp complicaciones y riesgos , y pa esponsable de la Medición: Au Calidad-Gerencia-Subgerenc nostico y subgerencia de Enfe Terapeutcos.	ıra plantear ditor de cal ia de Servi	de mejora. edico de	< 0.50	0		DEFICIENTE		



**Página:** 31 de 58

CODIGO: GD-GE-PL-01

Versión: 1

#### FICHA TECNICA DE INDICADORES GMC-CA-FO-82 Version 1 GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO



	SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD												
	ASPECTOS GENERALES												
Proceso		Gestion integral de la info	ormacion			Subproceso		epidemiologia					
Nombre		Tasa de mortalidad intrahospitalaria d	lespués de	48 horas		Código	1.3.1	Dominio	Gerencia del Riesgo - Eficacia				
Definición		aria mayor a 48 horas es un indicador ención. Se encuentra directamente rela											
	DI	EFINICIÓN OPERACIONAL			VARIABLES								
Numerador	Numero total	l de pacientes hospitalizados que fallece	n después	de 48 horas del ingreso		Fuente numerador		ESE	HUS/ Dinamica net				
Denominador		Número Total de pacientes h	ospitalizado	OS .		Fuente denominador		ESE	HUS/ Dinamica net				
Fórmula de Cálculo		Divide numerador entre el denominad	or y multipli	licar por mil		Periodicidad recomendada gen	eración de información	Mensual					
Unidad de Medida		Tasa por mil				Periodicidad remisión de la info	ormación	, ,	del resultado en los cinco primeros ias de cada mes)				
Responsable / Proceso	Medicina interna- Pediatría	a- cirugía general - neurocirugía - ortop	edía - gined	cobstetricia - UCIA - UCIP - Ur	gencias	Vigilancia y control			profesional Universitario- Auditores an seguimiento al registro del RUAF				
	A	NÁLISIS DEL INDICADOR				UMBRAL DE DESEMPEÑO							
Ajuste por riesgo	No requiere	Por edad		Por Genero		RANGO EST	TABLECIDO .	INTERPRET	ACIÓN DE RESULTADOS				
Canún tina da indicadas	Monitorización SOGC	Vigilancia y control		Institucional IPS		>=(	).90	BUENO					
Según tipo de indicador	Seguimiento a riesgos habilitación	Trazador de calidad promoción y prevención		Monitoreo, seguimiento y Evaluación a PGIR		0.51 -	0.89		REGULAR				
Consideraciones para el análisis	usuarios de la ESE después planes de mejora.Describ	busca es medir la tasa y poder analiza de las 48 horas en la atención de hosp ir la causa de mortalidad en cada servio Urgencias. on : Auditor medico concurrente del serv esponsable del analisis: Comité de Mor	italización e cio.Tener u ricio- Oficina	sí generar vicio de	<0	.51		DEFICIENTE					



CODIGO: GD-GE-PL-01

Página: 32 de 58

Versión: 1

#### FICHA TECNICA DE INDICADORES GMC-CA-FO-82 Version 1 GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO

Responsable del Análisis: Comité de Calidad- subgerencia de servicios Ambulatorio y Subgerencia Mujer y Infancia.



		EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO											
				SIS	TEMA DE INFORMACIO	ÓN PARA	LA CALIDAD						
	ASPECTOS GENERALES												
Proceso			Gestion integral de la info	rmacion			Subproceso Estadistica						
Nombre	Oportunio	lad de la as	iganación de cita en la consul	ta medica es	specializada Pediatria		Código	I.1.1-P	Dominio	Accesibilidad/Oportunidad - Eficacia			
Definición	La atención por medico especialista es la mas importante para la ESE HUS debido al nivel complejidad. La oportunidad en este nivel de atención es directamente proporcional al acceso a los servicios y su resolutívidad es vital para la Eficiencia del sistema pues orienta. Una respuesta rapida en este nivel contribuye a la detección y tratamiento en etapas iniciales del proceso patologico disminuyendo la incapacidad, secuelas y riesgos inherentes a el y disminuye la congestión inadeacuada. El tiempo de respuesta en los prestadores es util para medir la suficiencia institucional para atender la demanda de servicios que recibe, orientando decisiones de mejoramiento, puede servir para la evaluación contractual entre las entidades promotoras de salud y los prestadores. Su monitorización puede proveer al usuario de información relevante para su decision de acudir a un determinado proveedor de servicios de salud y para la auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud puede representar ademas un trazador indirecto de la capacidad resoluctiva de los procesos Pediatricos. La monitorización por parte de la institución de este indicador debe incentivar las acciones de mejoramiento que incrementar la posibilidad del usuario de obtener los servicios que requiera, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud, reducir las fallas ralacionadas con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda, y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.												
	DEFINICIÓN OPERACIONAL VARIABLES												
Numerador			ranscurridos entre la fecha en va de pediatria y la fecha para			endido en	Fuente numerador		ESE HUS	/ Dinamica net - call center			
Denominador	Num	ero total de	consultas medicas de pediatri	a asignadas	en la ESE HUS		Fuente denominador		ESE HUS	/ Dinamica net call center			
Fórmula de Cálculo			Dividir el numerador por el de	enominador			Periodicidad recomendada gen	neración de información	Mensual				
Unidad de Medida			Dias				Periodicidad remisión de la infe	ormación	trimestral (Entrega del resultado en los cinco primer dias de cada mes)				
Responsable / Proceso	Las Subgerencias Mujer y	nfancia-Se	rvicios Ambulatorios-Gerencia	-Auditores N	Medicos-Estadistica- Epidemio	ologia-EPS	Vigilancia y control			d-Auditor de Calidad-Profesional sitario oficina de calidad			
		NÁLISIS	DEL INDICADOR					UMBRAL DE DESE	EMPEÑO				
Ajuste por riesgo	No requiere	X	Por edad		Por Genero		RANGO ES	TABLECIDO	INTERPRE	TACIÓN DE RESULTADOS			
O and or the and a tradity	Monitorización SOGC	x	Vigilancia y control	х	Institucional IPS	х	≤5	dias		BUENO			
Según tipo de indicador	Seguimiento a riesgos habilitación		Trazador de calidad promoción y prevención		Monitoreo, seguimiento y Evaluación a PGIR		6-9	dias		REGULAR			
Consideraciones para el análisis	los Usuarios,para plantear	a partir de	signación de cita de consulta o resultados planes de mejora. incumplidas. ción: Auditor de Calidad-Profe	Considerar	para anailisis las citas cancel		≥10	dias		DEFICIENTE			



CODIGO: GD-GE-PL-01

Página: 33 de 58

Versión: 1



				SIST	EMA DE INFORMACIÓN PARA L	Δ СΔΙ	IDAD						
	ASPECTOS GENERALES												
Proceso			Gestion integral de la informaci	on			Subproceso		Estadistica				
Nombre	Oportuni	idad de la	asiganación de cita en la consulta medica	a especi	alizada Ginecobstetrica		Código	I.1.1-G	Dominio	Accesibilidad/Oportunidad - Eficacia			
Definición	La alención por medico especialista es la mas importante para la ESE HUS debido al nivel complejidad.La oportunidad en este nivel de atención es directamente proporcional añ acceso a los servicios y su resolutividad es vital para la Eficiencia del sistema pues orienta.  Una respuesta rapida en este nivel contribuye a la detección y tratamiento en estapas iniciales del proceso pablologico disminuyendo la incapacidad, secuelas y riesgos inherentes a el y isminuye la congestión inadeacuada. El tempo de respuesta en los prestadores es util para medir la suficiencia institucional para atender la demanda de servicios que recibe, orientando decisiones de mejoramiento, puede servir para la evaluación contractual entre las entidades promotoras de salud y los prestadores. Su monitorización puede proveer al usuario de información relevante para su decision de acudir a un determinado proveedor de servicios de salud y para la auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud puede representar ademas un trazador indirecto de la capacidad resoluctiva de los procesos ginecologicos. La monitorización por parte de la institución de este indicador debe incentivar las acciones de mejoramiento que incrementar la posibilidad del usuario de obtener los servicios que requiera, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud, reducir las fallas ralacionadas con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda, y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.												
		DEFINICIÓN OPERACIONAL VARIABLES											
Numerador	Sumatoria total de los dias calend		curridos entre la fecha en la cual el pacie necobstetricia y la fecha para la cual es a		ita cita para ser atendido en consulta med la cita.	ica de	Fuente numerador		ESE HUS/ Dinamica net - call center				
Denominador	Num	nero total	de consultas medicas de ginecobstetricia a	asignada	as en la ESE HUS.		Fuente denominador		ESE HUS	6/ Dinamica net call center			
Fórmula de Cálculo			Dividir el numerador por el denom	inador			Periodicidad recomendada gene	ración de información		Mensual			
Unidad de Medida			Dias				Periodicidad remisión de la infor	mación	, ,	del resultado en los cinco primeros dias de cada mes)			
Responsable / Proceso	Las Subgerencias Muje	er y Infano	cia-Servicios Ambulatorios-Gerencia-Audi	itores Me	edicos-Estadistica- Epidemiologia-EPS		Vigilancia y control		Oficina de Calidad-Auditor de Calidad-Profesional Universitario oficina de calidad				
		ANÁL	ISIS DEL INDICADOR					UMBRAL DE DESI	EMPEÑO				
Ajuste por riesgo	No requiere		Por edad		Por Genero		RANGO ESTA	BLECIDO	INTERPRE	TACIÓN DE RESULTADOS			
	Monitorización SOGC	х	Vigilancia y control	х	Institucional IPS	х	≤ 8 di	as		BUENO			
Según tipo de indicador	Seguimiento a riesgos habilitación		Trazador de calidad promoción y prevención		Monitoreo, seguimiento y Evaluación a PGIR		9-15 dias		REGULAR				
Consideraciones para el análisis	plantear a partir de	resultado Auditor de	ación de cita de consulta deginecologia co s planes de mejora. Considerar para el ar calidad -Profesional universitario Respo servicios Ambulatorio y subgerencia de m		≥16 di	ias		DEFICIENTE					



CODIGO: GD-GE-PL-01

**Página:** 34 de 58

Versión: 1



	GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO  DE SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO										
				SIS	TEMA DE INFORMACIÓN PARA LA	CALIDAI	D				
					ASPECTOS GENERALES						
Proceso			Gestion integral de la infor	macion			Subproceso		Estadistica		
Nombre	0	portunidad	de la asignación de cita en la consulta me	dica especi	alizada Medicina Interna		Código	I.1.1-MI	Dominio	Accesibilidad/Oportunidad - Eficacia	
Definición	La atención por medico especialista es la mas importante para la ESE HUS debido al nivel complejidad. La oportunidad en este nivel de atención es directamente proporcional al acceso a los servicios y su resolutividad es vital para la Eficiencia del sistema pues orienta. Una respuesta rapida en este nivel contribuye a la detección y tratamiento en estapas iniciales del proceso patologico disminuyendo la incapacidad, secuelas y riesgos inherentes a el y isminuye la congestión inadeacuada. El tiempo de respuesta en los prestadores es util para medir la suficiencia institucional para atender la demanda de servicios que recibe, orientando decisiones de mejoramiento, puede servir para la evaluación contractual entre las entidades promotoras de salud y los prestadores. Su monitorización puede proveer al usuario de información relevante para su decision de acudir a un determinado proveedor de servicios de salud y para la auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud puede representar ademas un trazador indirecto de la capacidad resoluctiva de los procesos de Medicina Interna. La monitorización por parte de la institución de este indicador debe incentivar las acciones de mejoramiento que incrementar la posibilidad del usuario de obtener los servicios que requiera, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud, reducir las fallas ralacionadas con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda, y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.										
		Di	EFINICIÓN OPERACIONAL					VARIABLE	S		
Numerador	Sumatoria total de los dias caler	ndario trans	curridos entre la fecha en la cual el pacier Interna y la fecha para la cual es a		cita para ser atendido en consulta medica de cita.	Medicina	Fuente numerador		ESE HUS	s/ Dinamica net- call center	
Denominador		Numero t	otal de consultas medicas de Medicina Inte	erna asigna	adas en la ESE HUS		Fuente denominador		ESE HUS	i/ Dinamica net- call center	
Fórmula de Cálculo			Dividir el numerador por el de	nominador			Periodicidad recomendada gener	ación de información		Mensual	
Unidad de Medida			Dias				Periodicidad remisión de la inform	mación	mensual ( Entrega del resultado en los cinco primeros dias de cada mes)		
Responsable / Proceso	Las Subgerencias	Servicios I	Medicos-Servicios Ambulatorios-Gerencia	-Auditores	Medicos-Estadistica- Epidemiologia-EPS		Vigilancia y control			ad-Auditor de Calidad-Profesional sitario oficina de calidad	
		A	NÁLISIS DEL INDICADOR					UMBRAL DE DESI	EMPEÑO		
Ajuste por riesgo	No requiere		Por edad		Por Genero		RANGO ESTA	BLECIDO	INTERPRE	TACIÓN DE RESULTADOS	
	Monitorización SOGC	х	Vigilancia y control	х	Institucional IPS	x	≤ 15 di	ias		BUENO	
Según tipo de indicador	Seguimiento a riesgos habilitación		Trazador de calidad promoción y prevención		Monitoreo, seguimiento y Evaluación a PGIR		16-29 d	lias		REGULAR	
Consideraciones para el análisis	plantear a pa Responsable de la Medición: A	rtir de resul uditor de Ca	nación de cita de consulta de medicina int ados planes de mejora.Considerar para alidad-Profesional universitario oficina de ad-subgerencia de servicios Ambulatorio	os,para Análisis:	≥30 dia	as		DEFICIENTE			



**Página:** 35 de 58

CODIGO: GD-GE-PL-01

Versión: 1

# 6.2. ANEXO 2. MATRIZ DE DIAGNÓSTICO



**Página:** 36 de 58

CODIGO: GD-GE-PL-01

Versión: 1

#### **ANEXO 2. MATRIZ DE DIAGNÓSTICO**

#### MATRIZ DE DIAGNÓSTICO ESE HUS A DICIEMBRE 31 DE 2016

AREA DE GESTION	No. DEL INDICADOR	INDICADOR	LÍNEA BASE (Estado a dic 31 de 2016)	ESTANDAR PARA CADA AÑO	ESTADO DE CADA ESTANDAR
Dirección y Gerencia	1	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas sin auto- evaluación en la vigencia anterior	Cero (0)	Acreditación en la vigencia evaluada	1. Informe ciclo preparación para la acreditación 2012 a 2017. Primera etapa 1ra autoevaluación e implementación acciones de mejora. (2013 a 2014). La segunda etapa inicia 4to trimestre 2014 a sep. 2015 conformación grupos de autoevaluación y priorizaron oportunidades de mejora aplicando matriz riesgo, costo, volumen, se realizó tercera autoevaluación en nov y dic 2015 obteniendo 2,34 puntos. La tercera etapa vigencia 2016 a marzo 2017 se desarrolla sistema información acreditación, se registra en el sistema la tercera autoevaluación; se realizó seguimiento a planes de mejora y se evidencia cumplimiento de estos (19.6%). No se realizó autoevaluación de estándares de acreditación en la vigencia 2016 (fuente: informe ciclo preparación para la acreditación en la ESE HUS Vigencia 2012 a 2017 pág. 10 párrafo 2), por lo anterior se toma como línea base del indicador 1, la tercera opción descrita en la resolución 743/13 de instituciones no acreditadas Sin autoevaluación en la vigencia anterior).  2. En el primer trimestre de 2017 se inició seguimiento a los planes de mejora y se proyecta tener el primer informe de seguimiento en el mes de mayo.



**Página:** 37 de 58

CODIGO: GD-GE-PL-01

AREA DE GESTION	No. DEL INDICADOR	INDICADOR	LÍNEA BASE (Estado a dic 31 de 2016)	ESTANDAR PARA CADA AÑO	ESTADO DE CADA ESTANDAR
Dirección y Gerencia	2	Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud	0,20	>= 0,90	La línea base sería la última medición realizada en el 4to trimestre de 2016 y certificado por la oficina asesora de calidad y la oficina asesora de control interno mediante oficio del 23 de enero de 2017, en el cual se informa que, de las 464 acciones de mejora, se realizó seguimiento a planes de mejora y se evidencia cumplimiento de estas 91 acciones (19,6%). Hay 124 (26,7%) acciones en desarrollo, hay 32 (6,8%) acciones en estado Atrasado y 217 (47%) acciones en estado no iniciado.
Dirección y Gerencia	3	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo institucional	0,15	>= 0,90	La ESE HUSno tiene plan de desarrollo Institucional en este momento LEY 152/94. El aportado por la oficina de Desarrollo corresponde a la vigencia 2012 a 2016. Hay informe de seguimiento al POA transitorio de calidad y Control interno donde se concluye que, de los 14 proyectos de Inversión, el 14% (2) se terminaron, el 36% (5) están en desarrollo, el 7% (1) está sin iniciar y el 43% (6) están suspendidos. La resolución 743/13 determina que este indicador se calcula con metas del POA cumplidas sobre metas del POA programadas. Al revisar el POA aprobado mediante acuerdo de junta No. 012 del 8 de junio de 2016, se cuantifican 13 metas (10 consultorías y obras y 3 programas y proyectos) y al compararlo con el informe de la oficina asesora de control interno se evidencia que se cumplen 2 metas (proyecto 10 y proyecto 13), y ese valor es el que se registra como línea base.



**Página:** 38 de 58

CODIGO: GD-GE-PL-01

AREA DE GESTION	No. DEL INDICADOR	INDICADOR	LÍNEA BASE (Estado a dic 31 de 2016)	ESTANDAR PARA CADA AÑO	ESTADO DE CADA ESTANDAR
Financiera y Administrativa	4	Riesgo fiscal y financiero	No Aplica	Adopción del programa de saneamiento fiscal y financiero (esto no es obligatorio para el hospital por no estar en riesgo medio o alto).	La ESE HUS en el momento de la elaboración de este informe no ha recibido la calificación que realiza el ministerio de salud y que publica a finales del mes de Mayo de 2017 sobre la categorización del riesgo hospitalario. Es importante señalar que la ESE HUS se recibe a 31 de marzo de 2017 con los siguientes resultados financieros: (ver tabla 1 Informe presupuestal corte a marzo de 2017) * Presupuesto inicial, presupuesto final, comprometido, recaudo vigencia actual y recaudo vigencia anterior.  * Giro directo y pasivos (ver tabla 2 giro directo, pasivos). Caja: hoy se deben 49.000 millones.  * La contratación es baja, en el régimen contributivo se contrata el 2% de lo que se factura y en el régimen subsidiado es el 46%. Informe SIHO 2016 e Informe de la unidad funcional financiera de la ESE HUS sobre la ejecución del primer trimestre de 2017.
Financiera y Administrativa	5	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida	0,96	<0,90	Fuente ficha técnica de la página web del SIHO del ministerio de salud.



**Página:** 39 de 58

CODIGO: GD-GE-PL-01

AREA DE GESTION	No. DEL INDICADOR	INDICADOR	LÍNEA BASE (Estado a dic 31 de 2016)	ESTANDAR PARA CADA AÑO	ESTADO DE CADA ESTANDAR
Financiera y Administrativa	6	Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquirido mediante los siguientes mecanismos: 1. compras conjuntas 2. Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales de Estado 3. compras a través de mecanismos electrónicos	cero (0)	>=0,70	La línea base es cero. Se adjunta la certificación de adquisición de medicamentos y material médico quirúrgico suscrita por subgerencia de servicios ambulatorios y la revisora fiscal y certificado de compra de material médico quirúrgico expedido por el jefe de almacén e inventarios y la revisora fiscal.
Financiera y Administrativa	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	Cero (0) con Variación positiva	Cero (0) o Variación negativa	La certificación suscrita el 4 de abril de 2017 por la revisora fiscal y el tesorero del HUS sobre el monto de la deuda superior a 30 días por concepto de planta de personal es de cero (0) pesos y por concepto de contratación de servicios y variación del monto frente a la vigencia anterior es de 24.676.529.184 (veinticuatro mil seiscientos setenta y seis millones, quinientos veintinueve mil ciento ochenta y cuatro pesos). Teniendo en cuenta la resolución 743/13 el puntaje de línea base seria cero (0) pues en la certificación antes mencionada, se registra deuda con variación positiva frente a la vigencia anterior.



**Página:** 40 de 58

CODIGO: GD-GE-PL-01

AREA DE GESTION	No. DEL INDICADOR	INDICADOR	LÍNEA BASE (Estado a dic 31 de 2016)	ESTANDAR PARA CADA AÑO	ESTADO DE CADA ESTANDAR
Financiera y Administrativa	8	Utilización de información de Registro individual de prestaciones - RIPS	4	4	La fuente del informe es el responsable de Desarrollo y la evidencia las actas de junta directiva. Una vez revisadas las actas de junta directiva de la vigencia 2017, se evidencia presentación de informe de análisis de RIPS del 4to trimestre de 2016 en acta 272 de febrero 8 de 2017 de junta directiva. Este informe presentado en el mes de febrero de 2017 es el primero de la vigencia a evaluar.
Financiera y Administrativa	9	Resultado Equilibrio presupuestal con Recaudo		>=1,0	La línea base es 0,76 del área financiera. La fuente es la ficha técnica de la página Web del SIHO del ministerio de salud.
Financiera y Administrativa	10	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya	Cumplimiento términos previstos	cumplimiento dentro de los términos previstos	El Hospital Universitario de Santander HUS, viene presentando el informe de la circular única en los términos previstos y adjunta evidencia de la oportunidad de los reportes
Financiera y Administrativa	11	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya	Cumplimiento términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos	El Hospital Universitario de Santander HUS, viene presentando el informe de la circular única en los términos previstos y adjunta evidencia de la oportunidad de los reportes



**Página:** 41 de 58

CODIGO: GD-GE-PL-01

AREA DE GESTION	No. DEL INDICADOR	INDICADOR	LÍNEA BASE (Estado a dic 31 de 2016)	ESTANDAR PARA CADA AÑO	ESTADO DE CADA ESTANDAR
Gestión Clínica o Asistencial	12	Evaluación de aplicación de guía manejo específica hemorragias del III trimestre o trastornos hipertensivos gestantes	0,89	>= 0,80	La historia clínica esta sistematizada, software dinámico gerencial está integrado con la parte administrativa y financiera, pero no con apoyo diagnóstico y terapéutico (Imagenología, laboratorio clínico) ni farmacia. Según la res 743 la fuente de la información para este indicador es el comité de historias clínicas del cual se adjunta soporte del 23 de enero de 2017. El instrumento utilizado para la evaluación de las historias clínicas de guías de manejo es el manual de evaluación de la calidad de la historia clínica médica y de aplicación de las guías de manejo código ADM-M-01 versión 00 de noviembre de 2009.
Gestión Clínica o Asistencial	13	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida	1	>= 0,80	La historia clínica esta sistematizada- Según la res 743 la fuente de la información para este indicador es el comité de historias clínicas. Se tomó como fuente el informe realizado por el Epidemiólogo Dr. Fernando José Mantilla Macomick fechado enero 13 de 2017, donde se establece las primeras causas de egreso hospitalario por edades. La primera causa de Egreso Hospitalario es Otros Dolores Abdominales y los no Especificados, R104.
Gestión Clínica o Asistencial	14	Oportunidad en la realización de Apendicectomía	0,94	>= 0,90	Según la res 743 la fuente de la información para este indicador es Informe de la subgerencia científica de la ESE HUS (subgerencia quirúrgica en el HUS). El instrumento utilizado para la evaluación de las historias clínicas de guías de manejo es el manual de evaluación de la calidad de la historia clínica médica y de aplicación de las guías de manejo código ADM-M-01 versión 00 de noviembre de 2009.



**Página:** 42 de 58

CODIGO: GD-GE-PL-01

AREA DE GESTION	No. DEL INDICADOR	INDICADOR	LÍNEA BASE (Estado a dic 31 de 2016)	ESTANDAR PARA CADA AÑO	ESTADO DE CADA ESTANDAR
Gestión Clínica o Asistencial	15	Número de pacientes pediátricos con neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual	1	Cero (0) o Variación negativa	Según la res 743 la fuente de la información para este indicador es el Comité de Calidad de la ESE HUS. Acá es muy importante el tema del reporte de eventos adversos y tratar en esta vigencia de detectar los casos que se presenten e indagar que se viene trabajando para evitar que se presenten. En el HUS se presentaron 29 Infecciones del tracto respiratorio, de las cuales 15 fueron neumonías y 14 neumonías NAV en el año 2016 en pacientes pediátricos, oficio de Abril 7 de 2017 emitido por el Subgerente del servicio de mujer e infancia. Se reportó una neumonía de tipo broncoaspirativo.
Gestión Clínica o Asistencial	16	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso Infarto Agudo de Miocardio (IAM)	0,94	>= 0,90	Según la res 743 la fuente de la información para este indicador es el Comité de Calidad de la ESE HUS. Según la estadística presentada, de los 396 casos presentados en la vigencia 2016, se realizó terapia específica a 373 casos dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnóstico.
Gestión Clínica o Asistencial	Análisis de mortalidad intrahospitalaria		1,0	>= 0,90	Según la res 743 la fuente de la información para este indicador es el Comité de Mortalidad de la ESE HUS. El soporte para establecer la línea base es que se analizaron 85 casos de los 85 casos que se presentaron.
Gestión Clínica o Asistencial	18	Oportunidad en la atención de consulta de pediatría	4,5	<=5	Según la res 743 la fuente de la información para este indicador es la superintendencia nacional de salud. Se realizó revisión a la ficha técnica del indicador existente en el umbral de desempeño sobre los rangos establecidos para ajustarlos a lo contemplado en la resolución 743 de 2013. Este indicador en la línea base está dentro del rango establecido por la norma.



**Página:** 43 de 58

CODIGO: GD-GE-PL-01

AREA DE GESTION	No. DEL INDICADOR	INDICADOR	LÍNEA BASE (Estado a dic 31 de 2016)	ESTANDAR PARA CADA AÑO	ESTADO DE CADA ESTANDAR
Gestión Clínica o Asistencial	19	Oportunidad en la atención ginecobstetricia	3,6	<=8	Según la res 743 la fuente de la información para este indicador es la superintendencia nacional de salud. Se realizó revisión a la ficha técnica del indicador existente en el umbral de desempeño sobre los rangos establecidos para ajustarlos a lo contemplado en la resolución 743 de 2013.
Gestión Clínica o Asistencial	20	Oportunidad en la atención de medicina interna	12,4	<=15	Según la res 743 la fuente de la información para este indicador es la superintendencia nacional de salud. Se realizó revisión a la ficha técnica del indicador existente en el umbral de desempeño sobre los rangos establecidos para ajustarlos a lo contemplado en la resolución 743 de 2013.



Página: 44 de 58

CODIGO: GD-GE-PL-01

Versión: 1

# 6.3. ANEXO 3. MATRIZ DE LOGROS Y COMPROMISOS



**Página:** 45 de 58

CODIGO: GD-GE-PL-01

Versión: 1

#### **ANEXO 3. MATRIZ DE COMPROMISOS Y ACTIVIDADES**

AREA DE GESTIÓN	No.	INDICADOR	LOGROS O COMPROMISOS PERÍODO DE GERENCIA (4 años)	ACTIVIDADES GENERALES A DESARROLLAR
Dirección y Gerencia	1	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas sin auto-evaluación en la vigencia anterior	Se Obtienen resultados mayores a 3,0 cumpliendo con el ciclo de mejoramiento y se deja a la institución en condición de tomar decisión de acreditarse.  Postulación para la acreditación en el periodo de gerencia 2019	<ol> <li>Cumplir con el 100% de las condiciones de habilitación establecidas en el Decreto 1011 de 2006 (Cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico-administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios)</li> <li>Realizar la cuarta autoevaluación de acreditación (analizar y estudiar cada uno de los estándares u comparar contra ellos el desempeño organizacional, evaluándolo tanto en su enfoque como en su implementación y resultados).</li> <li>Unificar manejo de los planes de mejora.</li> <li>Gestión de Obras físicas que permita el cumplimiento de los estándares de infraestructura.</li> <li>Gestión de inventarios que permita cumplir los estándares de dotación.</li> <li>Fortalecer la cultura de calidad con enfoque en acreditación en todos los colaboradores HUS (incluir en las minutas contractuales de las empresas externas de personal clausulas para apoyar procesos de acreditación.</li> <li>Gestionar y garantizar recursos para el proyecto del tercer ciclo de acreditación.</li> <li>Elaborar, desarrollar y socializar cronograma de acreditación teniendo en cuenta plazo legal para hospitales Universitarios.</li> <li>Formalizar postulación acreditación con firma de contrato con la entidad acreditadora.</li> </ol>



**Página:** 46 de 58

CODIGO: GD-GE-PL-01

AREA DE GESTIÓN	No.	INDICADOR	LOGROS O COMPROMISOS PERÍODO DE GERENCIA (4 años)	ACTIVIDADES GENERALES A DESARROLLAR
Dirección y Gerencia	2	Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud	Anualmente tener mejoras superiores al > 90% de las mejoras obtenidas en la vigencia anterior.	<ol> <li>Aprobar por resolución Programa de Auditorías vigencia 2017, incluyendo autoevaluaciones con enfoque de acreditación.</li> <li>Capacitar en autoevaluación a autoridades de procesos con su equipo de trabajo.</li> <li>Efectuar autoevaluación a procesos prioritarios con enfoque de acreditación (Enfoque, implementación y resultados).</li> <li>Seguimiento al cumplimiento de los planes de mejora sobre no conformidades.</li> <li>Efectuar ciclo autoevaluación PHVA durante la vigencia.</li> <li>Informe de autoevaluación</li> </ol>
Dirección y Gerencia	3	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo institucional	Cumplimiento del 90% de las Metas propuestas en el plan operativo.	* Se elaborará y socializará plan de desarrollo institucional para la vigencia 2017 a 2020.  * Se hará seguimiento trimestral a los avances del plan operativo anual. (Verificar si hay herramientas para seguimiento del plan).  * Se hará seguimiento trimestral al cumplimiento de planes de acción por servicio cumpliendo ciclo PHVA.  * Alinear los planes de acción por procesos con el plan operativo Institucional.
Financiera y Administrativa	4	Riesgo fiscal y financiero	Mantener la institución sin riesgo financiero	* Se implementará herramienta de seguimiento a la gestión financiera institucional.  * Mejorar la contratación.  * seguimiento a los compromisos con el departamento y la asistencia técnica del ministerio
Financiera y Administrativa	5	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida	reducir en un 10%	<ol> <li>Establecer, implantar y efectuar seguimiento al sistema de costos para la ESE HUS.</li> <li>Implementar programas de producción más limpia y uso eficiente de los recursos.</li> <li>Adhesión a la cultura de austeridad en el gasto sin afectar la calidad.</li> </ol>



**Página:** 47 de 58

CODIGO: GD-GE-PL-01

AREA DE GESTIÓN	No.	INDICADOR	LOGROS O COMPROMISOS PERÍODO DE GERENCIA (4 años)	ACTIVIDADES GENERALES A DESARROLLAR
Financiera y Administrativa	6	Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquirido mediante los siguientes mecanismos:  1. compras conjuntas 2. Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales de Estado 3. compras a través de mecanismos electrónicos	Compras de medicamentos y dispositivos médicos > 51% anual por alguno de los mecanismos establecidos en la resolución 743 de 2013.	1. Elaborar documento de compra conjunta. 2. Revisar sistemas de pronto pago. 3. Alianzas estratégicas con ESE para compras conjuntas. 4. Revisar sistema de incentivos para compras de medicamentos y material médico quirúrgico con cooperativas regionales y de otros departamentos.
Financiera y Administrativa	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	Control a que se presente deuda superior a 30 días para el personal de planta y por concepto de contratación de servicios y variación del monto frente a la vigencia anterior negativa.	Optimizar el sistema de información correspondiente a facturación, con el fin de garantizar la oportunidad en el manejo financiero de la prestación de los servicios de salud.     Implementar estrategias que mejoren la eficiencia en la recuperación de cartera.     Revisar e implementar estrategias de mercadeo.
Financiera y Administrativa	8	Utilización de información de Registro individual de prestaciones - RIPS	Presentación ante la junta directiva de mínimo 4 informes al año, basados en los Registros Individuales de Prestación de Servicios RIPS.	Análisis de datos generados por los RIPS sobre producción del periodo     Comparativo con vigencias anteriores



**Página:** 48 de 58

CODIGO: GD-GE-PL-01

AREA DE GESTIÓN	No.	INDICADOR	LOGROS O COMPROMISOS PERÍODO DE GERENCIA (4 años)	ACTIVIDADES GENERALES A DESARROLLAR
Financiera y Administrativa	9	Resultado Equilibrio presupuestal con Recaudo	Buscar la sostenibilidad presupuestal de la Institución en términos de dinero recaudado frente a los gastos comprometidos y pago de deudas de vigencias anteriores, logrando llevar el indicador al rango entre 0,8 y 0,9 contemplado en la resolución 743/13.	<ol> <li>Atender la radicación, registro y cobro de los servicios prestados con efectividad.</li> <li>Evaluaciones periódicas a los costos, gastos e inversiones de la ESE con énfasis en austeridad en el gasto sin afectar la calidad del servicio.</li> <li>Definición de política de cartera, en la que se incorporen acciones jurídicas.</li> <li>Reuniones periódicas de seguimiento a contratos con entes contratantes.</li> </ol>
Financiera y Administrativa	10	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya	Reporte oportuno de la información solicitada por la Supersalud, en cumplimiento de la normatividad en el 100%	Establecer y socializar el cronograma de entrega de Informes según fechas establecidas por la normatividad vigente.     Monitoreo y seguimiento en el cumplimiento de entrega de la información a la Supersalud en los términos previstos.
Financiera y Administrativa	11	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya	Reporte oportuno de la información solicitada por el ministerio de salud, en cumplimiento del decreto 2193/14 en el 100%	Establecer y socializar el cronograma de entrega de Informes según fechas establecidas por la normatividad vigente.     Monitoreo y seguimiento en el cumplimiento de entrega de la información a la Supersalud en los términos previstos.



**Página:** 49 de 58

CODIGO: GD-GE-PL-01

AREA DE GESTIÓN	No.	INDICADOR	LOGROS O COMPROMISOS PERÍODO DE GERENCIA (4 años)	ACTIVIDADES GENERALES A DESARROLLAR
Gestión Clínica o Asistencial	12	Evaluación de aplicación de guía manejo específica hemorragias del III trimestre o trastornos hipertensivos gestantes	Todo el personal médico aplica la guía de hemorragia del III trimestre con una adherencia superior al 80%; El personal médico aplica la guía de trastornos hipertensivos gestacionales con una adherencia superior al 80%	<ol> <li>Revisar la guía de manejo para hemorragia de tercer trimestre.</li> <li>Capacitar en la guía de manejo para hemorragia del tercer trimestre al personal médico.</li> <li>Diseñar y aplicar formato de auditoría para adherencia de guías de manejo.</li> <li>Socializar resultados de auditorías en el comité de historias clínicas; elaborar planes de mejoramiento y hacer el respectivo seguimiento para su cumplimiento.</li> </ol>
Gestión Clínica o Asistencial	13	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida	Todo el personal médico aplica la guía de primera causa de egreso hospitalario con una adherencia superior al 80%	<ol> <li>Socializar nuevamente la guía con el personal médico.</li> <li>Revisar y/o actualizar los instrumentos de medición de adherencia.</li> <li>Aplicar los instrumentos y socializar los resultados de la auditoría, elaborar planes de mejoramiento y hacer el respectivo seguimiento para su cumplimiento.</li> <li>Socializar resultados de auditorías en el comité de historias clínicas; elaborar planes de mejoramiento y hacer el respectivo seguimiento para su cumplimiento.</li> </ol>
Gestión Clínica o Asistencial	14	Oportunidad en la realización de Apendicectomía	Cumplimiento del estándar de oportunidad de la realización en la apendicetomía menor a 6 horas después de confirmado el diagnostico	<ol> <li>Socializar nuevamente la guía con el personal médico.</li> <li>Revisar y/o actualizar los instrumentos de medición de adherencia.</li> <li>Aplicar los instrumentos y socializar los resultados de la auditoría, elaborar planes de mejoramiento y hacer el respectivo seguimiento para su cumplimiento.</li> <li>Socializar resultados de auditorías en el comité de historias clínicas; elaborar planes de mejoramiento y hacer el respectivo seguimiento para su cumplimiento.</li> </ol>



**Página:** 50 de 58

CODIGO: GD-GE-PL-01

AREA DE GESTIÓN	No.	INDICADOR	LOGROS O COMPROMISOS PERÍODO DE GERENCIA (4 años)	ACTIVIDADES GENERALES A DESARROLLAR
Gestión Clínica o Asistencial	15	Número de pacientes pediátricos con neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual	Ausencia de casos de pacientes pediátricos hospitalizados con neumonía broncoaspirativas de origen intrahospitalario	<ol> <li>Capacitar nuevamente al personal asistencial sobre la importancia del reporte de eventos adversos para lograr la notificación del 100% de los casos.</li> <li>Realizar análisis y plan de mejoramiento de estos casos por parte del comité de infecciones intrahospitalarias, comité de calidad y comité de seguridad del paciente, para prevenir la ocurrencia de estos eventos.</li> </ol>
Gestión Clínica o Asistencial	16	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso Infarto Agudo de Miocardio (IAM)	El 90% de los pacientes que son diagnosticados con IAM, reciben la terapia específica de tratamiento dentro de la primera hora al diagnóstico	Socializar la guía de pacientes con IAM.     Evaluar la adherencia del personal médico a la guía de IAM, diseñar planes de mejoramiento y hacer seguimiento a los mismos para su cumplimiento.     Búsqueda activa institucional de IAM.     Socializar resultados de auditorías en el comité de historias clínicas; elaborar planes de mejoramiento y hacer el respectivo seguimiento para su cumplimiento.
Gestión Clínica o Asistencial	17	Análisis de mortalidad intrahospitalaria	Se analizan el 100% de los casos de mortalidad ocurridos después de 48 horas de hospitalización en el comité de estadísticas vitales	Diligenciamiento del RUAF.     Análisis de los casos para establecer causas y con base en estas diseñar planes de mejoramiento y hacer seguimiento a los mismos.
Gestión Clínica o Asistencial	18	Oportunidad en la atención de consulta de pediatría	Todos los niños usuarios de la ESE acceden a la consulta pediátrica con oportunidad en la atención (Menor o igual a 5 días)	<ol> <li>Revisar funcionamiento del call center para asignación de citas, reconfirmar asistencia a consultas y hacer seguimiento a inasistentes.</li> <li>Garantizar el número de horas de especialistas que permita cubrir la demanda del servicio.</li> <li>Dotar adecuadamente los servicios.</li> <li>Se hará seguimiento al sistema de información que permita la captura y el reporte del dato.</li> </ol>



Página: 51 de 58

CODIGO: GD-GE-PL-01

AREA DE GESTIÓN	No.	INDICADOR	LOGROS O COMPROMISOS PERÍODO DE GERENCIA (4 años)	ACTIVIDADES GENERALES A DESARROLLAR
Gestión Clínica o Asistencial	19	Oportunidad en la atención ginecobstetricia	Todas las mujeres y gestantes usuarias de la ESE acceden a la consulta ginecológica y obstétrica con oportunidad en la atención. (Menor o igual a 8 días)	<ol> <li>Garantizar el número de horas de especialistas que permita cubrir la demanda del servicio.</li> <li>Dotar adecuadamente los servicios.</li> <li>Se hará seguimiento al sistema de información que permita la captura y el reporte del dato.</li> </ol>
Gestión Clínica o Asistencial	20	Oportunidad en la atención de medicina interna	Todos los adultos usuarios de la ESE acceden a la consulta de medicina interna con oportunidad en la atención (Menor o igual a 15 días)	<ol> <li>Garantizar el número de horas de especialistas que permita cubrir la demanda del servicio.</li> <li>Dotar adecuadamente los servicios.</li> <li>Se hará seguimiento al sistema de información que permita la captura y el reporte del dato.</li> </ol>



Página: 52 de 58

CODIGO: GD-GE-PL-01

Versión: 1

### 6.4. ANEXO 4. MATRIZ DE METAS



**Página:** 53 de 58

CODIGO: GD-GE-PL-01

Versión: 1

#### **ANEXO 4. METAS DEL PLAN DE GESTIÓN**

	No.		METAS PARA LOS PERÍODOS					
AREA DE GESTIÓN		INDICADOR	Año 1 (Abril- Dic/2017) Medición Gestión	Año 2 - 2018 (Enero a diciembre) Primer año de Evaluación	Año 3 - 2019 (Enero a Diciembre) Segundo año de Evaluación	Año 4 - 2020 (Enero a Marzo) Medición de Gestión		
Dirección y Gerencia	1	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas sin auto-evaluación en la vigencia anterior	> 1,0	> 2,0	> 3,0	> 3,0		
Dirección y Gerencia	2	Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud	>= 0,90	>= 0,9	>= 0,9	>= 0,9		
Dirección y Gerencia	3	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo institucional	>= 0,9	>= 0,9	>= 0,9	>= 0,9		
Financiera y Administrativa	4	Riesgo fiscal y financiero	Sin Riesgo	Sin Riesgo	Sin Riesgo	Sin Riesgo		
Financiera y Administrativa	5	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida	< 0,9	< 0.90	< 0.90	< 0.90		
Financiera y Administrativa	6	Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos: 1. compras conjuntas 2. compras a través de cooperativas de Empresas Sociales de Estado 3. compras a través de mecanismos electrónicos	0	> = 0.51	> = 0.51	> = 0.51		



**Página:** 54 de 58

CODIGO: GD-GE-PL-01

			METAS PARA LOS PERÍODOS					
AREA DE GESTIÓN	No.	INDICADOR	Año 1 (Abril- Dic/2017) medición Gestión	Año 2 - 2018 (Enero a diciembre) Primer año de Evaluación	Año 3 - 2019 (Enero a Diciembre) Segundo año de Evaluación	Año 4 - 2020 (Enero a Marzo) medición de Gestión		
Financiera y Administrativa	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	Variación negativa con respecto a la base (2016)	Variación negativa con respecto a la base (2017)	Variación negativa con respecto a la base (2018)	Variación negativa con respecto a la base (2019)		
Financiera y Administrativa	8	Utilización de información de Registro individual de prestaciones - RIPS	Por lo menos 4 informes presentados a la Junta Directiva	Por lo menos 4 informes presentados a la Junta Directiva	Por lo menos 4 informes presentados a la Junta Directiva	Un (1) informe presentado a la Junta Directiva		
Financiera y Administrativa	9	Resultado Equilibrio presupuestal con Recaudo	> = 0.8 Y < = 0.9	> = 0.8 Y < = 0.9	> = 0.8 Y < = 0.9	> = 0.8 Y < = 0.9		
Financiera y Administrativa	10	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya	Presentación oportuna	Presentación oportuna	Presentación oportuna	Presentación oportuna		
Financiera y Administrativa	11	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya	Presentación oportuna	Presentación oportuna	Presentación oportuna	Presentación oportuna		
Gestión Clínica o Asistencial	12	Evaluación de aplicación de guía manejo específica hemorragias del III trimestre o trastornos hipertensivos gestantes	>= 0,9	>= 0,9	>= 0,9	>= 0,9		
Gestión Clínica o Asistencial	13	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida	>= 0,9	>= 0,9	>= 0,9	>= 0,9		
Gestión Clínica o Asistencial	14	Oportunidad en la realización de Apendicectomía	>= 0,9	>= 0,9	>= 0,9	>=0.9		



**Página:** 55 de 58

CODIGO: GD-GE-PL-01

			METAS PARA LOS PERÍODOS					
AREA DE GESTIÓN	No.	INDICADOR	Año 1 (Abril- Dic/2017) medición Gestión	Año 2 - 2018 (Enero a diciembre) Primer año de Evaluación	Año 3 - 2019 (Enero a Diciembre) Segundo año de Evaluación	Año 4 - 2020 (Enero a Marzo) medición de Gestión		
Gestión Clínica o Asistencial	15	Número de pacientes pediátricos con neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual	0	0	0	0		
Gestión Clínica o Asistencial	16	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso Infarto Agudo de Miocardio (IAM)	>= 0,9	>= 0,9	>= 0,9	>= 0,9		
Gestión Clínica o Asistencial	17	Análisis de mortalidad intrahospitalaria	>= 0,9	>= 0,9	>= 0,9	>= 0,9		
Gestión Clínica o Asistencial	18	Oportunidad en la atención de consulta de pediatría	<=5	<=5	<=5	<=5		
Gestión Clínica o Asistencial	19	Oportunidad en la atención ginecobstetricia	<=8	<=8	<=8	<=8		
Gestión Clínica o Asistencial	20	Oportunidad en la atención de medicina interna	<=15	<=15	<=15	<=15		



Página: 56 de 58

CODIGO: GD-GE-PL-01

Versión: 1

## 6.5. ANEXO 5. MATRIZ DE CALIFICACIÓN



**Página:** 57 de 58

CODIGO: GD-GE-PL-01

Versión: 1

#### **ANEXO 5. MATRIZ DE CALIFICACIÓN**

	No.	INDICADOR	EVALUACIÓN CUANTITATIVA					
AREA DE GESTIÓN			Línea base	Resultado del período evaluado	Calificación	Ponderación	Resultado Ponderado	
Dirección y Gerencia	1	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas sin auto-evaluación en la vigencia anterior				0,05		
Dirección y Gerencia	2	Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud				0,05		
Dirección y Gerencia	3	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo institucional				0,10		
Financiera y Administrativa	4	Riesgo fiscal y financiero				0,05		
Financiera y Administrativa	5	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida				0,05		
Financiera y Administrativa	6	Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos: 1. compras conjuntas 2. compras a través de cooperativas de Empresas Sociales de Estado 3. compras a través de mecanismos electrónicos				0,05		
Financiera y Administrativa	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				0,05		
Financiera y Administrativa	8	Utilización de información de Registro individual de prestaciones – RIPS				0,05		



Página: 58 de 58

CODIGO: GD-GE-PL-01

	No.	INDICADOR	EVALUACIÓN CUANTITATIVA					
AREA DE GESTIÓN			Línea base	Resultado del período evaluado	Calificación	Ponderación	Resultado Ponderado	
Financiera y Administrativa	9	Resultado Equilibrio presupuestal con Recaudo				0,05		
Financiera y Administrativa	10	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya				0,05		
Financiera y Administrativa	11	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya				0,05		
Gestión Clínica o Asistencial	12	Evaluación de aplicación de guía manejo específica hemorragias del III trimestre o trastornos hipertensivos gestantes				0,07		
Gestión Clínica o Asistencial	13	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida				0,05		
Gestión Clínica o Asistencial	14	Oportunidad en la realización de Apendicectomía				0,05		
Gestión Clínica o Asistencial	15	Número de pacientes pediátricos con neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual				0,05		
Gestión Clínica o Asistencial	16	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso Infarto Agudo de Miocardio (IAM)				0,05		
Gestión Clínica o Asistencial	17	Análisis de mortalidad intrahospitalaria				0,05		
Gestión Clínica o Asistencial	18	Oportunidad en la atención de consulta de pediatría				0,03		
Gestión Clínica o Asistencial	19	Oportunidad en la atención ginecobstetricia				0,03		
Gestión Clínica o Asistencial	20	Oportunidad en la atención de medicina interna				0,02		